

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 123

DES TROUBLES OCULAIRES ET AURICULAIRES

DANS LE COURS DES

Affections Dentaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mai 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre OLLAGNIER

Né à Saint-Chamond (Loire), le 1^{er} Mai 1872



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie}, SUCCESEURS

3, RUE STELLA, 3

—
1899





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545321_0020

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 123

DES TROUBLES OCULAIRES ET AURICULAIRES

DANS LE COURS DES

Affections Dentaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mai 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre OLLAGNIER

Né à Saint-Chamond (Loire), le 1^{er} Mai 1872



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie}, Successeurs

3, RUE STELLA, 3

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. ROCHET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

L'idée de ce travail nous a été suggérée par le Dr Pont, alors que nous commençons nos études dentaires à l'école de Genève. Il représente une face des nombreux rapports par lesquels l'odontologie se rattache aux autres branches de la science médicale, rapports que les découvertes rendent chaque jour plus intimes, et qui exigent désormais du praticien dentiste une connaissance approfondie et de l'art médical et de l'art dentaire.

C'est que nous ne devons plus considérer la dent comme un organe complètement isolé de l'édifice humain, sans rapport, sans connexion avec son inextricable rouage. Elle vit de la vie cellulaire, et comme telle obéit aux mêmes lois de physiologie et de pathologie générales.

Son développement ne procède pas, dans son essence, d'une cause différente de celle qui régit le développement osseux par exemple, et se fait suivant des règles très précises.

Cette éruption peut être entravée dans sa marche

physiologique de façons bien différentes et retentir ainsi sur l'état général du sujet : elle peut être douloureuse et produire chez l'enfant une excitation pathologique d'un système nerveux particulièrement sensible ; anormale, incomplète et nuire au développement de la face, surtout du maxillaire ; chez l'adulte, la dent de sagesse, en vertu de la loi (la fonction fait l'organe), a tendance à disparaître à mesure qu'on s'élève dans l'échelle de la civilisation ; et son apparition est trop souvent le prélude de complications de la plus haute gravité.

Dans le domaine pathologique la théorie microbienne y trouve une application très exacte des mêmes effets perturbateurs qu'elle produit dans le reste de l'organisme. Action du microbe lui-même, action de ses toxines et de ses ferments, sont les agents que nous devons invoquer aujourd'hui comme producteurs de la carie, de la pulpite, de la périostite, et la maxime : *ubi pus ibi evacuatio*, peut s'appliquer exactement à la dent lésée. Enlevons d'une carie, d'une pulpe infectée, d'un périoste enflammé, l'élément causal, soit en l'évacuant comme pour l'ouverture d'un abcès, soit en le détruisant ou le neutralisant par l'usage d'antiseptiques, et nous pourrons ainsi conserver la plupart des dents que nous examinerons à temps, et surtout prévenir les complications de toutes sortes dont les lésions dentaires peuvent être le point de départ : elles peuvent, en effet, intéresser les tissus environnants, la gencive, les os maxillaires, l'antre d'Highmore, produire des ostéites, des sinusites, etc., être la cause de phénomènes perturbateurs graves du

côté des organes des sens, notamment de l'œil et de l'oreille, plus loin du côté de l'encéphale, ou réveiller par leur action continue quelque névrose endormie, (l'hystérie).

Par la douleur, par les produits septiques élaborés constamment au sein de la carie, l'acte digestif se fait mal, non seulement dans ses fonctions mécaniques, mais peut-être aussi dans ses fonctions chimiques, par le mélange continu à la salive et aux aliments de substances toxiques.

Réciproquement, les infections générales comme la rougeole, la scarlatine, etc., les diathèses comme l'arthritisme (diabète, goutte), la syphilis, peuvent produire des perturbations nutritives gingivo-dentaires. Hutchinson classait les lésions dentaires dans la triade parasyphilitique. Le Dr Jullien Tellier, dans un savant rapport présenté en 1898 au Congrès dentaire national (session de Lyon), reprend la question dans une étude où il traite : « Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses ». Il n'est pas jusqu'aux infections du tube digestif (angines) et aux troubles de ses fonctions, qui ne puissent produire des désordres de l'organe dentaire.

Dans le domaine thérapeutique, la science du médecin et celle du dentiste sont étroitement liées : ce dernier doit pratiquer une aseptie et une antisepsie sagaces, et par là s'attacher à conserver l'organe atteint; non seulement dans un but esthétique, mais encore dans un but directement utilitaire au bon fonctionnement de l'acte digestif, dont la première étape s'élabore dans la cavité buccale : conservation encore

plus importante chez l'enfant dont les maxillaires sont en voie de développement.

Dans ses actes opératoires, il est appelé à utiliser tout l'arsenal des anesthésiques locaux et généraux, des analgésiques, des antiseptiques...; il doit en connaître le maniement, et cela ne s'apprend qu'au lit du malade.

La science médicale du dentiste peut donc s'exercer d'une façon large, mais il doit y ajouter un savoir pratique long à acquérir, car il doit être, en outre, un bon opérateur, un bon mécanicien, un bon orthopédiste.

Aussi un bon praticien dentiste ne se façonne pas en quelques instants : il doit se familiariser avec le malade qu'il apprendra à connaître à l'hôpital, tandis que des écoles lui fourniront la science pratique spéciale que réclame sa profession. Il ne sera, somme toute, qu'un spécialiste en l'art médical, un médecin dentiste dans toute l'acception du mot.

Au terme de nos études médicales, nous ne pouvons oublier de nous acquitter de la dette de reconnaissance contractée envers tous ceux qui nous ont aidé de leur conseils, et de leur savoir.

En acceptant de présider notre thèse, M. le professeur Poncet nous donne une nouvelle preuve de sa bienveillance à notre égard.

A nos maîtres, M. le professeur Maurice Pollosson, MM. Bouveret, Bard, Lannois, Garel, nous sommes heureux de témoigner notre gratitude pour leur précieux enseignement.

Nous sommes redevables également envers MM. Duchamps et Blanc, chirurgiens des hôpitaux de Saint-Etienne, pour le temps trop court que nous avons passé dans leurs services, et pour les conseils qu'ils nous ont donnés, ainsi que M. Chavanis, au moment d'entrer dans la carrière de dentiste.

Que MM. Gerest et Denis reçoivent tous nos remerciements, comme nos premiers guides dans nos études médicales.

Que nos maîtres à l'école dentaire de Genève, MM. Redard et Métral, pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné dans le courant de nos études, et MM. Jullien et Camille Tellier, ainsi que M. Pont, pour l'aide morale que nous avons toujours trouvée auprès d'eux, soient persuadés de notre profonde reconnaissance.

Enfin, que nos camarades soient convaincus de notre entier dévouement et qu'ils nous conservent l'amitié qui nous a toujours unis.

HISTORIQUE

Si les relations morbides qui existent entre les diverses affections dentaires, et les troubles oculaires et auriculaires ne sont entrées que depuis peu dans le domaine de la clinique scientifique, c'est-à-dire de la clinique raisonnée capable d'établir les lois qui régissent entre eux la cause et l'effet, il semble que depuis longtemps l'on ait constaté entre ces divers organes, comme une influence réciproque. L'opinion populaire qui avertit du danger pour l'œil, de laisser extraire certaines dents, les dents œillères, est peut-être fort ancienne. Pour Ambroise Paré, ces dents œillères sont les canines supérieures : « y en a deux de chaque côté, tant dessus que dessous, nommées canines... aucuns les appellent dents œillères, en haut principalement » ; il est vrai que d'autres appellent ainsi les prémolaires, ou même la première grosse molaire de la mâchoire supérieure.

C'est en 1848 seulement que la littérature médicale s'enrichit d'un mémoire ayant trait aux influences que le système dentaire peut exercer sur l'organe de la vi-

sion : l'auteur est le Dr Ch. Teirlink, qui dans l'*Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel*, cite quatre faits intéressants qu'il a recueillis soit à la clinique de l'Université de Gand, soit dans sa pratique ; deux se rapportent à des accidents inflammatoires à la suite d'avulsion dentaire, et deux à des accidents nerveux ou réflexes.

Avant lui, on avait bien relaté quelques observations éparses ; c'est ainsi que dès 1771, Hunter (*Natural history of the human teeth*) reconnaît qu'il y a parfois des symptômes d'irritation du côté de l'œil ; que Wenzel (*Manuel de l'Oculiste*, 1808) range l'odontalgie au nombre des causes de la goutte sereine ; que Galezowski de Wilna, Fischer, Manzigi et Pasquier dans la *Lancette française* de 1839, Duval, Sovet, Deval, citent des faits probants, mais l'*Essai de Teirlink* semble avoir donné l'essor, et les observations se multiplient. Galezowski fait paraître dès 1870 dans les *Annales d'Oculistique*, une série d'articles qui traitent de l'origine dentaire de quelques affections oculaires ; Métras dans sa thèse rassemble un certain nombre d'observations ; Courtais, dans une thèse très documentée : *Recherches cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents*, 1891, à laquelle nous ferons de fréquents emprunts, en signale 28 de 1850 à 1870, presque toutes anglaises, et 53, de 1850 à 1890. Eu outre les auteurs ne se contentent plus d'une simple énumération des faits ; ils les discutent, et s'efforcent d'en tirer des conclusions pathogéniques et thérapeutiques.

Mathieu, en 1894, publie une critique très sévère des opinions émises, et semble ne vouloir accepter

comme probants que quelques rares des faits relatés dans les diverses communications.

A cela, il nous faut ajouter un certain nombre d'articles parus récemment, et dus à MM. Tellier et Pont, de Lyon, Sous, de Bordeaux, Sulzer, Fromaget et Ulry..., etc. Nous voyons que les observations sur les troubles oculaires d'origine dentaire ne nous manquent point.

Par contre, malgré nos recherches bibliographiques, c'est à peine si nous avons pu réunir çà et là deux ou trois observations nettes de troubles auditifs.

Et ce n'est pas qu'ils soient moins fréquents que les troubles oculaires : mais tandis que ceux-ci comprennent pour ainsi dire toute la gamme si variée des affections de l'œil et de ses annexes, ceux-là se réduisent à des phénomènes névralgiques, douleurs et bourdonnements, phénomènes d'ordre surtout subjectif, le plus souvent sans lésion cellulaire, sans complication et sans gravité.

Aussi la première partie de notre travail, concernant les accidents oculaires, sera-t-elle de beaucoup la plus longue et la plus importante, et servira-t-elle de base à nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Troubles oculaires

Accidents inflammatoires d'une part, accidents nerveux ou reflexes d'autre part, telles sont les deux grandes classes en lesquelles peuvent se diviser au point de vue pathogénique, les troubles visuels observés dans le cours des affections dentaires. Mais la discussion commence lorsqu'il s'agit d'assigner une limite précise à chaque classe, et de déterminer quels des accidents doivent être considérés comme d'origine septique, quels d'origine nerveuse ; ceux-ci semblaient autrefois devoir être les plus fréquents ; aujourd'hui nous avons tendance à donner une place prépondérante à l'inflammation.

D'ailleurs ce qui nous importe ici, c'est le point de vue étiologique, c'est l'origine même de toutes les affections sensorielles : c'est donc l'étiologie qui sera le point de départ de notre classification : arbitraire comme toute classification, nous lui accordons pourtant l'avantage d'échapper plus facilement à toutes les discussions qu'entraînerait une division fondée sur la pathogénie.

Nous allons donc suivre la dent dans son évolution physiologique, puis dans divers états morbides, énumérant chaque fois les troubles visuels variés, dont elle semblera avoir été le point de départ.

TRoubles OCULAIRES OBSERVÉS

1° Dans le cours de l'évolution physiologique	{	Enfant, 1 ^{re} et 2 ^e dentition
		Adulte, 3 ^e dentition.
		Carie.
		Périostite.
		Avulsion.
2° Dans le cours de l'évolution pathologique.	{	Exostose.
		Plombage.
		Dent à pivot.
		Dentier.

Première et deuxième dentition

Les cliniciens ont fortement discuté sur ce qu'ils nomment « maladies de la première dentition », c'est-à-dire phénomènes gastro-intestinaux, mouvements fébriles, phénomènes nerveux et convulsifs, tics de la face... etc. ; les uns comme Rosen, Trousseau, Joseph Frank qui a inventé le mot de *dysodontiasis* (dentition difficile), Rillet et Barthéz, veulent y voir une action spéciale de l'acte physiologique de la dentition sur l'organisme, notamment sur le tube digestif, par action réflexe ou par action inflammatoire ou microbienne, depuis que l'on connaît la flore bactérienne vivace de la cavité buccale ; les autres comme Magitot, Lévêque, rejettent la notion de cause à effet, et n'admettent que celle de coïncidence.

Mais Galezowski est le premier qui s'occupe des troubles sensoriels, bien que avant lui, Combes-Brasard, dans son *Traité des maladies des enfants*, 1819, dise

que « l'ophthalmie peut être déterminée par la dentition » ; et Oudet, dans sa brochure des dents (1835) que « dans d'autres circonstances le travail des dents s'est compliqué d'ophthalmie » : le savant oculiste expose ses idées dans divers articles parus dès 1870, dans le *Journal* et le *Recueil d'ophtalmologie* ; il y revient en 1888 dans le *Progrès médical*.

Bouchut se range à son avis tandis que Augé cherche à réfuter leurs opinions.

Ces troubles qui apparaissent chez les jeunes enfants, coïncident avec la période où la dent vient sous la gencive, prête à la transpercer par un travail continu, ulcératif et mécanique. Cet acte physiologique se traduit toujours par de la douleur, par un état plus ou moins accentué de nervosisme, tandis que la muqueuse, rouge et tuméfiée, laisse voir par transparence l'organe sous-jacent, puis s'écarte pour lui livrer passage.

C'est à ce moment que peuvent éclater les phénomènes morbides éloignés, et celui sur lequel Galezowski cherche à attirer l'attention, est la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

« Pendant la première et la deuxième dentition, l'enfant est constamment souffrant en faisant ses dents canines et molaires ; souvent l'œil devient larmoyant, la conjonctive s'injecte, de petites phlyctènes et ulcérations apparaissent sur la cornée.

« Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, lorsqu'une nouvelle éruption donne lieu à de nouveaux accidents ; ou bien, malgré un traitement rationnel continué pendant deux et trois mois, vous n'observez aucune amélioration ; examinez la gencive, elle est rouge,

tuméfiée, douloureuse; vous faites une incision, et quelques jours après vous êtes étonné de voir un œil complètement normal.

» D'autrefois c'est un battement des paupières, qui s'accroît dès que l'œil essaye de fixer; il se produit rapidement un blépharospasme et un épiphora abondants; et même ce tic des paupières devient plus grave, il s'étend à toute la face, aux bras, aux jambes, sous forme d'attaque choréiforme; l'origine de cet état épileptiforme, si vous avez affaire à un enfant de cinq à sept ans, sera peut-être dans une deuxième dentition qui s'effectue laborieusement en venant buter contre les dents de première dentition. »

OBSERVATION I

Kerato conjonctivite et dentition

Le nommé Olsen (Charles), âgé de trois ans, est présenté pour la troisième fois à la clinique de M. Galezowski; il est d'un tempérament lymphatique, mais sans traces de scrofules.

Au mois de janvier 1872, l'enfant a eu une kérato-conjonctivite phlycténulaire qui a duré trois mois; lorsque le mal s'améliorait, une recrudescence inflammatoire réapparaissait et de nouvelles phlyctènes se formaient.

Au mois d'août, il eut une récurrence de la même affection; même marche, même ténacité que la première fois.

Aujourd'hui, 4 janvier 1873, l'enfant, malade depuis deux jours, présente les symptômes suivants : les yeux sont fermés; la photophobie est telle que l'on a peine à constater l'état de l'œil; la conjonctive des deux yeux est fortement injectée; au pourtour de la cornée se trouve une phlyctène

de chaque côté, avec vascularisation plus vive au voisinage. Le traitement ordinaire est institué : collyre à l'atropine purgatif; médication antiscorbutique.

6 janvier. — L'enfant est dans le même état; la photophobie toujours aussi intense. M. Galezowski, frappé de la tendance de cette affection aux récides, de sa ténacité dans les deux premières atteintes, pense que la dentition pouvait avoir une influence sur le développement et la durée de la kérato-conjonctivite; la mère, interrogée, raconte que l'enfant souffre des dents et qu'il y porte souvent les mains. Les gencives sont examinées. Un point douloureux et dur à la pression indique que la deuxième grosse molaire supérieure est sur le point de faire éruption du côté droit. La gencive, dans ce point, est incisée, et alors on sent sous la pulpe du doigt la dent naissante. — Le traitement est continué.

Le 8. — Amélioration très grande; la photophobie est diminuée au point que l'enfant ouvre de lui-même les yeux; les phlyctènes affaissées n'ont laissé qu'une légère tache, sans ulcération, l'injection périkeratique est légère. — Même traitement.

Le 10. — L'enfant se présente les yeux largement ouverts; plus de trace des phlyctènes; la tache s'est résorbée, la vascularisation est à peine apparente. La maladie est à peu près terminée.

Nous revoyons l'enfant huit jours après : il est tout à fait guéri. Nous pensons que l'incision de la gencive, en faisant cesser l'irritation des nerfs dentaires, a exercé une heureuse influence sur la marche de cette maladie, dont la guérison a été très rapide, si l'on tient compte de la durée et des rechutes continuelles observées dans les deux atteintes précédentes.

(Galezowski).

OBSERVATION II

Nous avons eu l'occasion de soigner cette année avec M. le Dr Barthez, un enfant, G..., âgé de dix-huit mois, atteint d'un abcès de la cornée, qui a récidivé plus de trois fois, à chaque nouveau travail de dentition ; l'incision de la gencive, faite par M. Barthez, a fait cesser l'irritation oculaire et a amené très rapidement la guérison définitive de l'abcès cornéen.

(Galezowski).

OBSERVATION III

Kératite diffuse et dentition

Au mois de février 1893, un garçon, frêle et délicat, très intelligent, âgé de neuf ans, est atteint de kératite diffuse à l'œil droit. Ses dents, sa face et son état général ne présentent rien de particulier. La mère a eu des grossesses normales. Pas de fausses couches. Quant au père, absence complète de renseignements. Au mois de mars, quand je vois cet enfant pour la première fois, la cornée est complètement trouble ; la vision est réduite à la sensation du jour. Collyre d'atropine, applications chaudes, suspension absolue du travail scolaire et exercice en plein air. La maladie restant stationnaire, je conseille le séjour à la campagne. Au mois de mai, l'enfant est emmené dans le département de la Haute-Garonne.

Quelques jours après son arrivée dans ce département, l'enfant commence à se plaindre de douleurs dans le genou droit. La maladie de l'œil marche graduellement vers la guérison, tandis que le genou devient de plus en plus douloureux. L'enfant arrive à ne plus pouvoir marcher qu'avec difficulté. Le médecin appelé diagnostique une arthrite. prescrit des vésicatoires et l'immobilité absolue. La jambe est alors placée dans une gouttière pendant deux mois sans

résultat appréciable. L'enfant est ramené à Bordeaux. Un médecin appelé diagnostique un œdème rhumatismal, fait supprimer l'emploi de la gouttière et prescrit l'hémoglobine. La santé ne tarde pas à revenir et l'enfant peut reprendre son train de vie ordinaire.

Cet enfant m'est amené de nouveau au mois de juin 1894. L'œil gauche présente les symptômes suivants : En haut et près de la cornée, il y a sous la conjonctive, légèrement soulevée, une tache jaune rougeâtre au centre, d'un rouge plus vif sur les bords et légèrement saillante. La cornée est normale. En présence de cette épiscléritis, je prescris le salicylate de soude.

Le 23 juin, la rougeur épisclérale a complètement disparu, mais la cornée est trouble dans sa moitié supérieure. En bas, le trouble est mal limité et la couche épithéliale de la cornée présente un léger piqueté. Atropine, iodure de fer.

Le 28 juin, la cornée est trouble dans toute son étendue. L'opacité est uniforme. A peine peut-on percevoir la pupille. Absence d'injection conjonctivale et de douleurs. Légère sensibilité de l'œil à la lumière. Vision réduite à la sensation du jour. Atropine. Applications chaudes. Traitement tonique.

Le 5 juillet, même état de la cornée. L'enfant se plaint que toutes les fois qu'on applique des compresses d'eau chaude sur son œil, il éprouve de violentes douleurs au niveau du maxillaire supérieur et à gauche, où l'on constate la présence d'une tumeur, sans rougeur et sans douleur à la pression. Cette tumeur siège au niveau de la première molaire. Elle est due à une dent en voie d'évolution, Cette dent, au lieu de prendre une direction verticale, se dirige au contraire dans un sens oblique. Je conseille de voir un dentiste.

Le 6 juillet, la canine temporaire supérieure gauche est enlevée pour permettre à la première molaire de prendre une direction normale.

Le 7 juillet, la cornée ne présente plus une teinte mate uniforme, mais une série d'opacités limitées, donnant l'aspect d'un œil pommelé. Dans l'intervalle de ces opacités, la cornée a recouvré sa transparence normale. L'acuité de la vision est égale à 1/6.

Le 9 juillet, la cornée ne présente plus de trouble. Elle est complètement transparente. L'acuité de la vision est normale.

(Sous.)

OBSERVATION IV

Conjonctivite double survenue à l'occasion de l'éruption des canines supérieures temporaires.

J. S..., deux ans et demi. Père et mère vivants, bien portants. Pas de frères ni de sœurs.

L'enfant est vigoureux pour son âge. Pas de rachitisme. Pas d'affection antérieure.

Il y a deux jours, l'enfant qui jusqu'alors était en bonne santé devint maussade, délaissa ses jouets et refusa de prendre tout aliment solide. La nuit il était agité et se réveillait souvent en poussant des cris.

Etat actuel. Le petit malade n'accuse aucune douleur. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. Rien aux poumons.

Les yeux sont injectés et larmoyants. Un peu de photophobie. Pas d'écoulement par le nez.

La langue est blanche et saburrale. Pas d'énanthème.

La température rectale est de 39°, 2.

On pense à une rougeole et on prescrit des boissons tièdes, du lait et un suppositoire avec antipyrine 0 gr. 20 et sulfate de quinine 0 gr. 10.

Le lendemain, la température est à 38°, 5. Toujours ni énanthème ni éruption cutanée.

A un examen plus approfondi il semble que l'enfant

accuse une certaine douleur au niveau des gencives, On examine la bouche et les dents plus attentivement et on constate les signes suivants :

Les incisives, les canines et les premières molaires inférieures, qui ont déjà apparu, sont normales.

L'arcade supérieure est pourvue de ses quatre incisives et de sa première molaire droite et gauche.

La portion de la gencive située entre l'incisive latérale et la première molaire, surtout du côté droit, est tuméfiée et rougeâtre. La pression à ce niveau est très douloureuse et permet de sentir la canine qui est prête à sortir.

On fait une incision de la gencive des deux côtés jusqu'à ce que la pointe du bistouri atteigne le bord inférieur de la canine ; on ordonne en outre des gargarismes tièdes à l'eau boriquée.

36 heures après, la température était redevenue normale ; il n'y avait plus ni larmoiement, ni photophobie, les conjonctivites étaient beaucoup moins injectées et l'enfant redemandait à manger.

(Pont).

OBSERVATION V.

Amaurose subite complète des deux yeux survenue subitement, et guérie par l'avulsion de six dents très serrées les unes contre les autres.

Le nommé X..., âgé de onze ans, est entré à l'hôpital de Charing-Cross, le 11 novembre 1854. Un mois auparavant, à son réveil, il se trouva aveugle, quoiqu'il n'eût eu antérieurement aucune affection des yeux ; un mois de traitement n'amène aucune amélioration.

A son entrée à l'hôpital, les pupilles étaient dilatées, immobiles, non influencées par l'action de la lumière qui n'était pas distinguée de l'obscurité. La soudaineté de l'invasion, l'absence de tout symptôme précurseur firent

penser que l'amaurose était un trouble purement fonctionnel. Examinant ses dents, je les trouvai très serrées les unes contre les autres.

Le 17 novembre, six molaires furent extraites, dont deux permanentes et quatre temporaires. Le soir même l'enfant pouvait distinguer la lumière de l'obscurité, et le lendemain reconnaître les objets. Depuis ce moment la vue s'améliora et il sortit le 28 parfaitement guéri, sans avoir été soumis à aucun autre traitement que celui de l'extraction des dents.

(*Hancock*)

A part l'observation tout à fait curieuse mais incomplète, de Hancock sur laquelle nous reviendrons plus tard, la kérato-conjonctivite phlycténulaire, la kératite interstitielle, l'abcès de la cornée accompagnés le plus souvent de blépharospasme et de larmoiement, tels sont les accidents imputables aux troubles de l'évolution dentaire. Nous les voyons chez l'enfant coïncider avec une dentition difficile, douloureuse, récidiver à chaque nouvelle poussée, le travail d'éruption n'étant point un phénomène continu, mais bien un processus interrompu par des périodes de repos (les dents faisant leur évolution par groupes, ainsi que l'avait bien remarqué Trousseau); ils sont rebelles à tout traitement local du côté de l'œil, tandis que le traitement de l'organe dentaire les fait disparaître avec une rapidité vraiment surprenante. Aussi voyons-nous entre ces deux états morbides plus qu'une coïncidence de deux affections spéciales à l'enfance; nous établissons entre eux une relation de cause à effet, — relation médiate si l'on veut, en ce sens qu'il faut peut-être faire

intervenir dans la marche du processus la question du terrain sur lequel il évolue.

Nous ne voulons point, en ce moment, essayer d'en discuter la pathogénie : nous le ferons dans un chapitre spécial. Nous désirons seulement mettre en lumière l'extinction rapide du trouble oculaire, après le traitement de l'organe dentaire incriminé à tort ou à raison. Le Dr Sous, à propos de l'observation qu'il a publiée s'exprime ainsi : « Y a-t-il eu, en 1894, une coïncidence et rien de plus ? Je voudrais le croire, mais en face d'une guérison aussi nette, aussi rapide et aussi complète, il me sera permis d'hésiter. L'enfant a guéri dans des conditions qui ne sont pas celles que l'on observe. La marche a été arrêtée brusquement par l'ablation de la dent ; et en attendant de nouveaux faits pour élucider la question, il est permis de croire que la dentition a joué dans ce cas, un rôle très important. » Nous pouvons encore dégager de la relation du Dr Pont, un enseignement clinique important, car nous y voyons les troubles oculaires s'accompagner d'un état fébrile et convulsif, qui rappelle par quelques points la période de début de la rougeole ; et dans le diagnostic de cette infection, il nous sera permis de songer aux accidents occasionnés par une dentition douloureuse.

Troisième dentition

Ce même état pathologique de l'œil nous le retrouvons, chez l'enfant, coïncidant avec la carie et chez l'adulte même, Galezowski le signale au moment de l'éruption de la dent de sagesse.

Mais les accidents vraiment redoutables dont cette dernière peut être le point de départ consistent dans ces phlegmons éminemment septiques capables de fuser très loin de leur lieu d'origine. Pourtant voici une observation très intéressante relatée par Duplay, où l'évolution vicieuse de deux dents de sagesse s'accompagne de phénomènes locaux inflammatoires et douloureux, et à distance, du côté de l'œil et de l'oreille de troubles sensoriels marqués.

OBSERVATION VI

Evolution vicieuse des deux dents de sagesse. — Resserrement des mâchoires. — Phénomènes réflexes. — Guérison.

Le nommé Billet, tailleur de pierres, âgé de vingt-six ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 10 février 1873, pour se faire traiter d'une constriction permanente des mâchoires.

Le diagnostic fut ainsi formulé : resserrement des mâchoires par contracture réflexe des muscles masticateurs, sous l'influence de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse supérieure.

Le traitement fut commencé le 14 février ; afin de com-

pléter l'examen et de permettre l'ablation de la dent, on introduisit chaque jour, entre les arcades dentaires, un dilatateur mécanique, à l'aide duquel on put obtenir un écartement graduel de 25 millimètres. L'examen du fond de la bouche était encore très difficile, le sang qui s'écoulait de l'ulcération ne permettait pas de voir nettement les parties. De plus, la dilatation s'accompagnait chaque fois de vives douleurs dans la joue et dans la tempe. A ces phénomènes douloureux s'ajoutèrent bientôt des troubles extrêmement marqués du côté de la vue et de l'ouïe.

Le malade ressentait une douleur atroce dans l'œil gauche; la vue s'obscurcissait complètement; au milieu de ces ténèbres, le malade accusait l'apparition, à de courts intervalles, de brillants éclairs. L'œil droit était le siège des mêmes sensations, mais à un degré moindre. Du côté de l'ouïe il éprouvait une vive douleur et des bourdonnements intenses. Ces phénomènes disparaissent presque aussitôt qu'on cesse la dilatation.

Le 24. — La dilatation ayant été portée à 30 millimètres, on peut faire un examen plus approfondi. On constate la direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure gauche qui s'enfonce dans la joue; produisant à ce niveau une ulcération, et on s'assure que cette ulcération est bien la cause des troubles nerveux dont nous avons parlé, car il suffit de toucher la surface de cette petite plaie pour que le malade serre brusquement la mâchoire en accusant de vives douleurs dans tout le côté correspondant de la tête, et en se plaignant de voir apparaître aussitôt tous les troubles sensoriels déjà signalés; douleurs oculaires, éblouissements, otalgie, bourdonnement.

Le 27. — On pratique l'examen ophtalmoscopique, afin de rechercher si ces troubles sensoriels correspondent à quelque lésion appréciable, le malade est d'abord examiné à l'ophtalmoscope, et l'on constate que le fond de l'œil est parfaitement normal. Après ce premier examen, les mâchoires sont aussi largement écartées que possible, l'ul-

cération est irritée à l'aide d'un stylet ; aussitôt les troubles réflexes énumérés plus haut apparaissent avec une grande intensité. Séance tenante, l'examen ophtalmoscopique est repris, et l'état du fond de l'œil est identiquement le même que lors de la première exploration. Ces essais renouvelés différentes fois ont toujours donné le même résultat négatif.

3 mars. — La dent de sagesse supérieure gauche est extraite sans de trop grandes difficultés à l'aide de la clef de Garengot.

Le 17. — La dilatation est plus grande. L'ulcération en rapport avec la dent de sagesse supérieure est complètement cicatrisée, mais on découvre une nouvelle ulcération située au niveau de la dent de sagesse inférieure qui, à peine sortie, et jusque-là cachée par le gonflement, se déjette en dehors et s'enfonce dans la joue.

Le 19. — On fait une tentative infructueuse pour enlever cette dent. Il survient une stomatite qui empêche de pratiquer un nouvel essai.

Le 31. — La dent de sagesse inférieure gauche est enlevée au moyen de la langue de carpe.

5 avril. — L'avulsion a été suivie d'une nouvelle stomatite. Le malade accuse de vives douleurs dans toute la tête ; il y a une insomnie persistante ; mais il n'existe aucun trouble réflexe du côté de la vue ou de l'ouïe (Extrait thébaïque).

7 mai. — Le malade sort guéri ; la dilatation se maintient, et l'écartement des mâchoires n'est aucunement douloureux.

Depuis cet homme est entré dans le service, et la guérison ne s'est pas démentie.

(Duplay).

Nous voyons l'excitation périphérique du trijumeau retentir à la fois sur le masséter, sur l'œil et sur l'oreille, pour y déterminer d'un côté la contracture, de l'autre de l'amblyopie et des bourdonnements. Duplay reproduisait à volonté ces troubles fonctionnels en faisant des attouchements répétés du côté de la joue : c'est que, en effet, ce ne sont point les fibres dentaires qui sont le point de départ du réflexe, mais les fibres sensitives de la muqueuse jugale : les dents n'agissent ici qu'à titre mécanique ; elles ne sont pas la cause, elles sont le moyen. Notons toutefois l'amblyopie, et l'hyperacousie que nous allons retrouver dans les observations qui suivent.

Carie dentaire

La carie dentaire et la périostite alvéolo-dentaire sont par excellence les deux états pathologiques de la dent, le premier étant le plus souvent la cause du second : c'est par la carie que débudent les lésions, c'est par la périostite qu'elles se terminent. Mais le mot de carie, « dénomination fausse, dit Magitot, car elle semble assimiler la dent au tissu osseux », est un terme vague, que l'on applique indifféremment à toute destruction de la dentine, mais qui ne définit point l'intensité et la gravité de la lésion. Suivant les auteurs, on la divise en trois ou quatre degrés, depuis la simple perte de substance n'intéressant que l'émail jusqu'à l'ouverture de la cavité pulpaire et la destruction du paquet vasculo-nerveux. Résumons le processus dans ses grandes lignes et indiquons la marche générale de la maladie.

Dès que la cuticule et l'émail se trouvent lésés en un point de leur surface, les micro-organismes ordinaires de la cavité buccale et les débris organiques de toutes sortes viennent se déposer sur l'ulcération ainsi formée, il s'y fait des fermentations, il s'y fabrique des toxines qui attaquent la dentine. Le processus peut être aigu et détruire rapidement, en quelques semaines, l'ivoire dans toute son épaisseur, avant qu'il ait pu réagir par de « l'ostéite condensante », si l'on peut ainsi parler ; dès lors la pulpe est mise à nu et

participe à son tour aux phénomènes septicémiques qui s'étendent de proche en proche jusqu'à l'alvéole et à l'os maxillaire lui-même. Ou bien le plus souvent, rappelant les ostéomyélites chroniques, la carie voit se former devant elle, à mesure qu'elle progresse, des couches nouvelles, signe de la réaction du tissu ; dans ce cas, elle pourra mettre fort longtemps avant d'atteindre la cavité pulpaire : et même par suite d'une hygiène appropriée et d'un traitement raisonné, les phénomènes de destruction s'arrêteront dans leur marche envahissante. Entous cas, si elle poursuit son œuvre, elle le fera lentement : après une première phase très douloureuse, répondant à l'irritation de la couche superficielle de la dentine, couche très riche en éléments nerveux, succèdera une phase presque silencieuse, se remarquant seulement par quelques phénomènes algiques intermittents, peu accentués, réveillés surtout par l'action du froid : c'est la couche moyenne de la dentine, pauvre en rameaux sensitifs, qui subit le choc de l'inflammation. A une époque plus ou moins éloignée, la couche interne de la dentine sera elle-même détruite, et la pulpe mise à nu, exposée à l'invasion microbienne, sera elle-même lésée.

Cette invasion pulpaire revêtira à son tour la forme aiguë ou la forme chronique. Aiguë, elle se manifestera par des douleurs atroces, véritables crises névralgiques, auxquelles on a donné le nom caractéristique de rage de dents, irradiées à toute la mâchoire, et plus ou moins généralisées dans le domaine du trijumeau.

Chronique, les éléments nutritifs de l'organe arrêteront quelque temps l'envahissement septicémique en luttant contre lui, jusqu'à ce que le pouvoir phagocytaire se montrant impuissant, nous nous trouvions en présence de la gangrène de la pulpe.

En somme, la marche du processus sera plus ou moins rapide, le choc inflammatoire sera plus ou moins intense, les phénomènes subjectifs et objectifs qui l'accompagneront seront plus ou moins accentués : la terminaison logique sera toujours la destruction de l'organe sensitif et nutritif par excellence de la dent.

Ces lésions inflammatoires, aux diverses phases de leur évolution, pourront entraîner des complications diverses : nous ne retenons que celles qui s'adressent aux organes des sens, qui seules nous intéressent dans cette étude.

OBSERVATION VII

Cécité datant de deux mois guérie par l'extraction d'une dent cariée

Un homme de la campagne me fut adressé à Royal Westminster Ophthalmic Hospital pour une cécité complète de l'œil droit qui durait depuis huit mois. L'attaque était venue tout à coup, sans avoir été précédée de douleur, de mouches, d'étincelles, ou d'aucun des signes précurseurs de l'amaurose. Tous les traitements avaient, d'ailleurs, été employés chez lui sans succès. Je dirigeai mon attention vers la bouche, et trouvai la seconde molaire de la mâchoire supérieure du côté droit très cariée. Elle fut extraite, et le patient invité à revenir à l'hôpital deux jours plus

tard. A sa première visite, il pouvait voir et il était capable de distinguer les objets, quoique pas très nettement. Au bout de peu de jours il retourna chez lui bien guéri. Il n'avait été fait d'autre traitement que l'extraction de la dent.

(Hancock.)

OBSERVATION VIII

Amaurose guérie par l'extraction de deux molaires

Un enfant de Tolède, de onze à douze ans, nous fut amené par ses parents, car il lui était impossible de se conduire seul. Après informations prises nous sûmes que cet enfant avait éprouvé une apoplexie accompagnée d'accidents nerveux cérébraux, qui avait mis sa vie en danger, et que, depuis lors, les parents s'étaient aperçus que l'enfant voyait moins et ne reconnaissait plus les personnes à courte distance. Cet état s'était aggravé d'une manière alarmante depuis quinze jours, aggravation qui coïncidait avec une névralgie dentaire des deux côtés. Examinant la bouche de l'enfant, je rencontrai, en effet, deux molaires, l'une à droite et l'autre à gauche, complètement cariées. A l'ophtalmoscopé, nous rencontrâmes des symptômes manifestes d'une altération profonde de la choroïde, surtout de sa couche pigmenteuse. Cet état pouvait ou non, selon nous, être contemporain des accidents cérébraux; peut-être existait-il avant, et que les parents de l'enfant ne s'étaient aperçus que plus tard que le patient n'avait jamais bien vu de près. L'état amaurotique où il se trouvait était tel qu'il ne pouvait compter à aucune distance les doigts qu'on lui montrait, et qu'en lui faisant faire quelques pas dans notre cabinet on remarquait cette démarche incertaine et vacillante qui est le propre des aveugles, trébuchant même contre les plus grands objets. Avant de conseiller un traitement pour cet enfant, dont l'état actuel

de la vision ne nous était pas expliqué par des désordres révélés par l'ophtalmoscope, attendu que la rétine et la papille optique n'offraient aucune apparence d'altérations de texture, nous conseillâmes avant tout l'extraction des molaires cariées, insistant pour qu'on nous ramenât le patient quelque temps après. Il nous fut représenté trois jours plus tard, et nous fûmes surpris à son aspect : on avait extrait les deux molaires cariées, et presque immédiatement après, l'enfant, au dire de ses parents, avait pu se conduire tout seul, et avait recouvert la gaieté propre à son âge. En examinant l'acuité de la vision, nous constatâmes que l'enfant lisait tout de suite les caractères les plus petits du livre de Jaeger, bien qu'à une distance plus courte que la physiologique, ce qui nous prouva l'existence d'un certain degré de myopie, mais peu considérable toutefois. Il était donc évident que l'amaurose qui existait depuis quinze jours n'était pas un symptôme de l'état où se trouvait l'œil interne, mais bien le reflet de la névralgie dentaire dont le patient souffrait depuis quinze jours.

(Delgado.)

OBSERVATION IX

Asthénopie accomodatrice due à une dent cariée.

Un employé du Ministère des Affaires étrangères de Russie ne pouvait travailler, depuis trois années, qu'avec la plus grande peine. Rien d'anormal dans ses yeux, mais la troisième molaire supérieure droite était cariée. L'extraction en fut faite, et le soir même il put lire les journaux sans éprouver aucun trouble.

(Galezowski, 1886.)

OBSERVATION X

Asthénopie nerveuse datant de deux ans et guérie par l'extraction de deux molaires cariées.

Mme N..., âgée de quarante-deux ans, se présente à la consultation de M. Galezowski, se plaignant de ce que, depuis deux ans elle ne peut lire, s'appliquer à un ouvrage quelconque exigeant un peu d'attention sans éprouver, après un instant très court, une tension douloureuse au pourtour de l'orbite, plus marquée au niveau de la sortie du nerf sus-orbitaire, une céphalalgie quelquefois violente, des picotements, larmoiement dans les deux yeux, en un mot la nécessité de cesser tout travail. Elle a la vue basse, et présente un strabisme convergent de l'œil droit qu'elle porte depuis sa naissance. Elle a consulté déjà plusieurs ophtalmologistes, un entre autres qui, attribuant cet état à une rétraction du muscle droit interne, crut l'opération de la ténotomie nécessaire et la proposa à la malade. Celle-ci la refusa. Elle s'est soumise depuis à toutes sortes de traitements sans obtenir aucun soulagement. En l'examinant avec soin, on peut se convaincre que ni l'un ni l'autre œil ne présente de lésion qui rende compte des symptômes accusés par la malade : rien d'anormal, ni dans l'accommodation, ni dans les voies lacrymales. Alors ne trouvant aucune des causes qui produisent ordinairement l'asthénopie, M. Galezowski s'enquiert de l'état des dents. La malade raconte qu'au début de la maladie elle a souffert de violents maux de dents; une dent ayant été plombée, la douleur fut telle qu'on fut obligé de la dé-plomber.

Depuis deux ans l'odontalgie a disparu, mais à partir de ce moment la vue s'est troublée. On reconnaît la carie de deux molaires supérieures du côté droit, soupçonnant que c'est là la cause du mal, M. Galezowski conseille l'extrac-

tion des deux dents malades. L'opération fut exécutée, et à partir de ce jour une amélioration sensible se fit dans la vue : la fatigue des yeux par la lumière, la lecture, se dissipa si promptement qu'au bout de quinze jours la malade s'en retournait complètement guérie.

(*Métras.*)

OBSERVATION XI

Névralgie du globe oculaire guérie par l'extraction d'un chicot

Mme Higdon, âgée de vingt-huit ans, femme quelque peu affaiblie par un allaitement, vint à Moorfields le 15 janvier disant qu'elle ne voyait pas de l'œil gauche. Un mois auparavant elle avait souffert de douleurs dans l'œil et dans le front. La douleur était violente à certains moments, mais pas constante. Elle avait le caractère nettement névralgique. L'œil était larmoyant et irritable. Il ne pouvait supporter la lumière et la patiente ne pouvait lire que les grandes lettres capitales.

La photophobie était telle que je ne pus bien déterminer son acuité visuelle.

Elle disait qu'elle ne souffrait pas des dents, mais en l'examinant je trouvai à la mâchoire supérieure une molaire cariée sensible à la pression. Je lui conseillai de la faire enlever. Elle le fit et revint une semaine plus tard enchantée d'être débarrassée de tous les symptômes.

L'œil n'était plus irritable; il n'y avait plus de photophobie, et elle lisait facilement. Elle déclara que toute douleur dans le front et l'œil avait cessé aussitôt après l'extraction du chicot.

(*Hutchinson.*)

OBSERVATION XII

Mydriase

M. le comte de..., grand chasseur, demeurant à Compiègne, se plaignait de ne plus pouvoir tirer avec la précision qui lui avait donné dans les chasses royales une véritable célébrité. Sa vue était confuse de près et à distance ; il voyait quelques mouches volantes.

Je l'examinai avec soin et reconnus facilement qu'il était atteint à droite d'un mydriasis peu marqué. Comme ce malade éprouvait de temps en temps de petites névralgies de la cinquième paire, courant successivement sur toutes les diverses branches, j'en recherchai la cause et pensai qu'elle pouvait être tout entière dans la conservation de la deuxième molaire gauche, cariée jusqu'au collet. Je fis part de mon observation au malade : la dent fut extraite, et tout aussitôt les accidents amblyopiques, déterminés par la mydriase et compliqués de congestion rétinienne, disparurent complètement et ne revinrent plus.

(Desmarres).

OBSERVATION XIII

Mydriase

J'ai donné mes soins à un confrère atteint d'une mydriase monoculaire ; on avait fait le diagnostic d'accident primitif ataxique, bien qu'il n'ait jamais eu de syphilis. Il portait une dent cariée dans la mâchoire supérieure, mais elle était à gauche, et la mydriase à droite. Je lui conseillai néanmoins l'extraction, et trois semaines après tout avait disparu.

(Galezowski).

Le Dr Riolacci nous a dit avoir vu à l'hospice des Quinze-Vingts, plusieurs cas de mydriase se rattachant à des lésions dentaires.

OBSERVATION XIV

Névralgie orbitaire, mydriase et paralysie faciale unilatérale, guéries par l'extraction de deux prémolaires supérieures

Louis B..., garçon de magasin, vingt-trois ans, est venu en janvier 1887, à la clinique des Quinze-Vingts pour une mydriase du côté droit ; il ressent dans l'œil des douleurs violentes qui augmentent d'intensité dès qu'il est couché. Il existe chez lui une paralysie faciale droite bien marquée, les paupières ne peuvent être rapprochées, les traits sont tirés à gauche. Pendant trois mois il est traité par les révulsifs, le bromure de potassium, les douches, mais sans aucun résultat.

16 avril. — L'examen de la bouche fait reconnaître la carie des deux prémolaires supérieures du côté droit, dont la pulpe est à nu.

Pansements habituels. Le mieux s'accroît rapidement et le malade revient dix jours plus tard. Les douleurs avaient cessé, il ne restait plus trace de paralysie.

OBSERVATION XV

Paralysie partielle du troisième nerf

Femme, quarante ans. Le 3 juin 1881 elle se plaint d'éprouver dans l'œil droit une sensation confuse qu'elle ne peut bien définir. Elle dit que cela a commencé par une douleur brûlante dans l'oreille droite et dans le côté droit de la tête.

Pas de rougeur de l'œil. La pupille est dilatée et fixe, l'accommodation en partie paralysée. Opacités des deux len-

tilles. Les dents du côté droit sont cariées et sensibles, les gencives sont malades. On lui conseille d'aller consulter un dentiste.

9 juin. — La parésie du troisième nerf a disparu complètement après l'extraction d'une dent.

(Ely).

OBSERVATION XVI

Ptosis et strabisme divergent

H. R... d'Hereford, âgée de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital dans le service de M. Hancock le 3 juillet 1858. Le strabisme existe depuis trois ans. Le ptosis est de date récente, une quinzaine de jours environ. L'œil gauche est complètement fermé. Le mal est venu subitement sans douleur dans la tête ni dans les yeux. On prescrit : mixture composée de fer, une once, trois fois par jour, avec un apéritif.

12 juillet. — Pas d'amélioration. M. Hancock examine la bouche et trouve deux dents molaires de la mâchoire supérieure du côté gauche cariées. La malade assurait qu'elles ne lui faisaient aucun mal ; cependant on ordonna l'extraction, qui fut faite.

14. — Le ptosis est amélioré.

16. — Le ptosis a pris maintenant un caractère intermittent. L'œil est bien ouvert le matin, mais vers midi la paupière tombe et ne reprend plus sa position jusqu'au soir. Cinq grains de bisulfate de quinine, deux fois par jour.

20. — Le ptosis est guéri, et le strabisme va mieux, assez bien pour ne pas nécessiter une opération.

La malade resta à l'hôpital trois ou quatre semaines encore et fut renvoyée complètement guérie.

(Hancock).

OBSERVATION XVII

Contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauche. Guérison par l'ablation des dents cariées.

Mlle X..., vingt et un ans, fille de service, est née à Paris, d'une mère sujette à des attaques nerveuses, probablement de nature hystérique ou hystéro-épileptique. Son père est mort jeune et la malade ne peut indiquer de quelle manière. Nous avons affaire à un sujet strumeux et hystéro-épileptique prédisposé par conséquent aux phénomènes nerveux d'origine réflexe. Notons toutefois que la malade n'a jamais eu de contracture hystérique.

Au mois de février 1875, deux ou trois heures après une crise violente, elle fut prise de douleurs très vives siégeant dans tout le côté gauche de la face, et quelques heures après, son œil gauche, c'est-à-dire l'œil sain, commença à se dévier involontairement en haut et en dehors.

Le lendemain la cornée n'était plus visible que dans son quart inférieur; tout le reste de cette membrane était caché derrière la paupière supérieure; de plus on constatait l'existence d'un blépharospasme assez intense et limité au côté gauche.

Le Dr Luys la traita par les injections morphinées, le sulfate de quinine et le bromure de potassium à haute dose. Toutefois les douleurs revenaient par accès, surtout la nuit, et la contracture restait stationnaire.

La jeune X... resta trois mois dans cet état; peu à peu cependant les douleurs diminuèrent et devinrent plus supportables. On la fit alors passer dans le service de la chirurgie, et mon excellent ami et collègue Périer lui fit administrer du chloral à haute dose sans obtenir de résultat bien marqué.

En juin dernier, j'examinai cette malade et je constatai l'existence d'une contracture des muscles de l'œil, celui-ci

étant dévié en haut et en dehors. La pupille était complètement cachée par la paupière supérieure ; il y avait de la photophobie et du blépharospasme. La conjonctive oculaire et palpébrale présentait une injection très marquée ; la cornée était saine ; la pupille moyennement dilatée et peu mobile.

En raison de la déviation oculaire, la contracture paraissait dépendre surtout des droits supérieur et externe et de l'oblique inférieur.

En examinant la bouche de la malade, je constatai la présence de dents cariées siégeant aux deux mâchoires, dents qui avaient été douloureuses, mais qui, en ce moment, ne faisaient nullement souffrir la malade. Je pensai donc qu'il s'agissait d'une contracture réflexe, produite par les dents malades, contracture d'autant plus facile que le sujet était en quelque sorte prédisposé aux manifestations réflexes. Il fut donc décidé qu'on ferait l'ablation des dents malades, et qu'on chercherait à diminuer l'excitabilité des centres nerveux en revenant au bromure de potassium administré à haute dose : on alla progressivement jusqu'à 14 grammes par jour.

Le 6 juin. — On enleva l'incision latérale droite de la mâchoire supérieure. Le jour même, la malade put ouvrir et abaisser un peu son œil, et la pupille devint visible.

Le 7. — On enleva la première et la deuxième petites molaires droites de la mâchoire inférieure. La pupille s'abaisse un peu plus, et la malade voit le jour.

Le 8. — Ablation de la deuxième grosse molaire supérieure gauche.

E. V... distingue un peu les objets extérieurs, son œil est plus mobile et plus facilement ouvert.

Enfin, le 9, on enlève la dernière dent malade (deuxième petite molaire gauche inférieure), et deux jours après cette ablation la contracture avait complètement disparu.

Le 14 juin. — L'œil est parfaitement mobile, non injecté, et la vision est parfaite. Cet état persiste jusqu'à ce jour.

L'examen ophtalmoscopique, fait ultérieurement, permet de constater un état physiologique parfait du fond de l'œil, un peu d'hypéresthésie rétinienne, et des signes manifestes d'astigmatisme (pupille ovale, irrégulière et allongée suivant un grand axe oblique en bas et en dehors); cet astigmatisme tient très probablement aux lésions de la cornée qui datent de l'enfance.

[Terrier].

OBSERVATION XVIII

Épiphora dû à la carie d'une canine

Marie Fr..., domestique, trente-cinq ans, toujours bien portante, pas nerveuse, vient à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts le 14 septembre 1886 pour un épiphora très marqué du côté droit survenu depuis quelques jours; la conjonctive est un peu rouge; l'ophtalmoscope ne dénote aucune lésion, l'usage de collyres astringents n'amenant aucun résultat la malade est adressée à la clinique odontologique le 21 septembre. L'examen de la bouche fait découvrir une pulpite de la canine supérieure du côté droit.

On traite donc la pulpite par des pansements habituels.

Le 25 septembre, on constate la disparition complète des désordres bien qu'on n'ait rien fait du côté de l'œil.

OBSERVATION XIX

Kérato-conjonctivite

Au mois de novembre 1898, un enfant de huit ans se présente à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne. Depuis un mois, il est atteint de troubles oculaires, consistant subjectivement en une photophobie intense, du blépharospasme et du larmolement, et objectivement en

injection très prononcée de la conjonctive et de la cornée, présentant tous les caractères de la conjonctivite phlycténulaire.

L'enfant paraît bien portant, mais ne peut nous indiquer de renseignements importants sur ses antécédents personnels ou héréditaires. On lui a fait essayer divers traitements, mais aucune amélioration n'est survenue depuis un mois que les accidents se sont déclarés; beaucoup plus marqués sur l'œil droit, ils ont tendance à envahir depuis peu l'œil gauche.

Nous lui faisons l'extraction de la première prémolaire temporaire, dont la pulpe est infectée, et nous prescrivons le repos, sans autre médication.

Trois jours après l'enfant nous revient transformé, et c'est à peine si quelques stries rougeâtres marquent encore les lésions disparues; plus de photophobie, plus de blépharospasme, plus de larmolement.

(Ollagnier).

OBSERVATION XX

Néuralgie orbitaire et Iritis séreuses dues à une dent cariée

Mlle Eugénie D..., vingt-quatre ans, brune, grande, vigoureuse, bien réglée. Plusieurs dents cariées depuis quelques années.

Au mois de juin 1879, elle a éprouvé au-dessus de l'orbite droit des douleurs vives qui revenaient par accès. L'œil est devenu rouge, la vue s'est troublée. Cet état disparaît au bout de trois semaines.

Cette année, au mois de mai, les douleurs sus-orbitaires se manifestèrent de nouveau, mais cette fois du côté opposé. L'œil rougit et ne distingua plus les objets nettement. Elle vint à la consultation de M. Galezowski qui constata l'existence d'une néuralgie sus-orbitaire gauche et d'une iritis séreuse du même côté. L'iritis s'est

produite après la névralgie. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de scrofule, pas de traumatisme, rien qui puisse l'expliquer, si ce n'est la névralgie.

M. Galezowski ordonne des sangsues à la tempe et des instillations d'atropine. Il conseille de faire arracher les dents mauvaises.

Quinze jours après, elle revient à la consultation ; il n'y avait plus ni névralgie, ni iritis. Elle était guérie et elle attribuait sa guérison à l'extraction des dents, parce qu'elle s'était sentie mieux immédiatement après.

6 novembre. — Elle revient à la consultation ; depuis quelques jours les douleurs frontales se sont reproduites à gauche.

La conjonctive est légèrement rouge, les pupilles sont égales, il y a de l'asthénopie.

Le nerf sus-orbitaire est douloureux à la pression. Une dent commence à se carier du côté gauche. On lui recommande de la faire plomber ou arracher.

(Faucheron).

OBSERVATION XXI

Hypopion

Mme C..., âgée de soixante-six ans, professeur de piano, vient nous consulter le 30 juin 1884 pour une inflammation de l'œil gauche qui a commencé au milieu du mois de mai. Cet œil, qui est perdu depuis son enfance ne l'avait jamais fait souffrir. Nous constatons une diminution assez notable du volume de cet organe avec un tonus au-dessous de la normale. La pupille présente un aspect blanc nacré caractéristique de la choréïdite suppurative et il y a un hypopion assez prononcé. Injection périkeratique de faible intensité, pas de photophobie et presque pas de douleurs. Nous conseillons un collyre à l'atropine, des compresses chaudes, sangsues à la tempe et calomel à l'intérieur. Le collyre et

les compresses sont continués jusqu'au 15 juillet, et il n'y a pas grande amélioration.

Nous examinons sa bouche, et nous trouvons du côté gauche, sur le maxillaire supérieur, trois racines douloureuses à la pression avec un stylet. Nous conseillons de les faire extraire le jour même. Le lendemain quelle ne fut pas notre surprise en voyant la disparition totale de l'hypopion et une diminution marquée de l'injection périkeratique.

On pouvait, en effet s'attendre à une amélioration, mais on ne pouvait compter sur une cessation aussi rapide des phénomènes inflammatoires. Suppression du collyre et continuation des compresses chaudes. L'aspect nacré de la pupille, le 20 juillet, a disparu complètement.

Nous ne pouvons évidemment pas attribuer à une autre cause qu'à l'extraction des dents gâtées la disparition du pus de la chambre antérieure et la disparition des autres symptômes de l'inflammation, puisque rien n'avait été modifié dans le traitement.

(Brunschwig).

OBSERVATION XXII

Hypopion

M. Br..., âgée de trente-cinq ans, négociant, demeurant au Havre, se présente le 19 novembre 1886, à notre consultation pour une affection de l'œil droit, pour laquelle il était allé d'abord voir le pharmacien. Celui-ci n'avait pas manqué de le gratifier d'un collyre astringent, et c'est en voyant l'aggravation de ses douleurs qu'il vint nous demander notre avis.

Il est atteint d'une iritis aiguë, et la pupille présente plusieurs synéchies postérieures. Aucun antécédent rhumatismal ni syphilitique. Pas de maladies antérieures.

Le traitement prescrit consiste en collyre d'atropine à 1 % et de cocaïne à 2 % toutes les dix minutes la première

heure et ensuite deux gouttes toutes les heures; applications répétées de compresses chaudes, frictions à l'onguent napolitain belladonné sur le front et la tempe, six sangsues au-devant de l'oreille droite, à l'intérieur 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain, diminution marquée des douleurs; la pupille présente une dilatation assez notable, et toutes les synechies ont cédé, sauf une qui persiste encore à la partie inféro-interne. Les instillations répétées sont continuées et nous ordonnons un purgatif pour le 20 novembre.

Le 21 novembre, la synechie postérieure est rompue, la pupille a une forme ronde et très dilatée. Diminution considérable de l'inflammation. Le malade ne fait plus que quatre instillations quotidiennes.

Ce traitement est continué jusqu'au lundi 6 décembre, où l'injection périkératique est si peu marquée que nous ne faisons plus instiller qu'une goutte par jour, en annonçant au malade que probablement il pourrait reprendre ses occupations à la fin de la semaine.

Deux jours après, M. B... revient nous voir avec l'œil de nouveau enflammé et présentant en outre un hypopion assez considérable. Il n'y avait eu aucune imprudence de sa part d'après ce qu'il nous dit.

Nous examinons alors ses dents, et nous apercevons du côté droit la deuxième petite molaire supérieure totalement gâtée et sensible au toucher. Nous prions le malade de la faire extraire, tout en augmentant le nombre des instillations et des compresses chaudes. Le lendemain, le pus avait complètement disparu de la chambre antérieure, et il subsistait une très légère inflammation qui avait entièrement cessé huit jours après.

(*Brunschwig*).

OBSERVATION XXIII

Exophtalmie à la suite de dents cariées

Veuve Lauvin se présente à la clinique, le 12 juin 1882, avec une exophtalmie et des douleurs fortes de l'œil droit.

Elle nous raconte que depuis trente-cinq ans elle souffre de vertiges épileptiques, ainsi que de crampes d'estomac.

Au mois de mars de cette année, elle a eu une phlébite de la veine fémorale gauche. Elle présente en ce moment des varices et de l'œdème seulement du pied gauche.

Il y a cinq semaines, la malade ressentit en se levant le matin des bourdonnements de l'oreille droite auxquels succéda après quelques jours une céphalalgie fronto-temporale du même côté, et des picotements de l'œil qui perdait son aspect normal (pendant cette époque la malade souffrait d'une insomnie intermittente tierce sans fièvre). Les picotements firent place en peu de temps à des douleurs lancinantes, en même temps l'œil droit rougit et la conjonctive bulbaire était fortement injectée.

Depuis quatre jours la malade voit trouble.

A l'examen objectif on voit une exophtalmie de l'œil droit. La pression oculaire augmentée $T = + 1$. Une forte injonction de la conjonctive bulbaire et palpébrale. La cornée est trouble. Les mouvements de l'œil droit en dehors et en dedans sont incomplets. L'examen ophtalmoscopique à l'image renversée nous montre des flocons dans le corps vitré (la malade étant myope) un staphylome postérieur. Les veines rétiniennees de la périphérie sont injectées.

Toute la rétine, surtout à sa périphérie, est plus rouge qu'à l'état normal. Dans la région de la macula on trouve trois noyaux hémorragiques qui l'entourent. A la partie supéro-externe on trouve deux grandes plaques d'atrophie choroïdienne. La pupille est pâle et à sa circonférence on trouve un léger exsudat.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, artères, cœur et poumons normaux.

La malade lit n° 1, à 3 pouces distance de l'échelle de M. Galezowski.

On prescrit deux sangsues à la tempe droite, et quoiqu'elle nie tout antécédent syphilitique, on lui donne du sirop de Gibert et des instillations alternatives à l'ésérine et à l'atropine.

Le 14 juin. — On prescrit des frictions à l'onguent napolitain.

19 juin. — Pour combattre les insomnies périodiques que la malade présente, on lui donne du sulfate de quinine, en même temps l'atropine est suspendue à cause des douleurs plus grandes qu'elle occasionne.

22 juin. — La malade se plaint de douleurs excessives s'irradiant dans toute la région péri-orbitaire. On constate un chémosis très accentué.

En présence de ces douleurs, M. le Dr Galezowski ayant toujours l'habitude de demander aux malades dans les cas analogues s'ils n'ont pas des dents cariées, fit la même question à la malade et constata du côté de l'œil malade deux dents cariées et un chicot.

Il pratiqua lui-même immédiatement l'extraction des deux dents cariées et une amélioration considérable s'établit aussitôt.

Le 25 du même mois, le chicot ayant été aussi extrait, la malade se porte beaucoup mieux, le chémosis a disparu, ainsi que l'injection, la douleur et surtout l'exophtalmie.

(Weinberg).

OBSERVATION XXIV

Ophtalmie chronique guérie par suite de l'avulsion d'une dent.

Charrière, du 98^e de ligne, en garnison à Romans, est entré à l'hôpital de cette ville, le 3 juillet dernier, pour une inflammation de l'œil gauche dont voici l'histoire :

Cette maladie s'est déclarée en février dernier, alors que Charrière était prisonnier en Prusse. Il se présenta plusieurs fois à la visite du médecin chargé du service des prisonniers, en suivit les conseils sans succès. Le 20 avril, il entra à l'hôpital de Krékon, d'où il sortit le 25 juin pour rentrer en France, sans avoir obtenu pendant ces deux longs mois de séjour dans un hôpital, la plus légère amélioration. Il venait d'arriver à Romans quand, le 3 juillet, il fut reçu à l'hospice.

Les muqueuses oculaires et palpébrales sont également rouges. Des vaisseaux capillaires sanguins rayonnent, pressés autour de la cornée; douleurs continues, exacerbantes par intervalles, et surtout la nuit; photophobie intense, tête lourde et douloureuse, langue saburrale, appétit peu prononcé, pouls plein, peu fréquent.

Traitement. — 10 sangsues à l'angle de la mâchoire gauche, collyre au sulfate de zinc, tisane délayante, demi-quart.

4. — Soulagement marqué. Amélioration de tous les symptômes. Même traitement moins les sangsues.

5 et 6. — L'amélioration continue. Me voilà fier de mon traitement, et dans ma pensée, comparant la médecine française à la médecine prussienne, je plaçai la première bien au-dessus de la seconde.

7. — Tisane et collyre comme précédemment. Un vésicatoire à la nuque. J'espérais obtenir, à l'aide de ce révulsif, une nouvelle diminution de l'ophthalmie, puis terminer la cure par une purgation.

8. — Etat stationnaire, même traitement.

9. — Cette dernière nuit les douleurs ont eu la violence des plus mauvais jours.

Me rappelant alors l'article du Dr Tavignot sur l'action pathogénique par réflexion de l'évolution dentaire dans l'ophthalmie chez les jeunes sujets : auriez-vous une dent gâtée? demandé-je à Charrière. Sa réponse fut affirmative; j'en constatai la vérité, et séance tenante, je lui fis l'extrac-

tion de la première grosse molaire gauche, à la mâchoire supérieure.

Depuis cette opération, diminution progressive de la rougeur de l'œil, de la photophobie et des douleurs dont les exacerbations ne reparaissent plus. Le 15 juillet j'ai surpris Charrière lisant un journal et j'ai appris plus tard que, malgré ma défense, il avait continué de lire chaque jour.

Enfin, le 21 juillet, le malade demande à sortir de l'hospice. L'œil a encore une teinte rosée, mais plus aucune souffrance.

L'honneur de cette petite cure revient toute entière au Dr Tavignot, dont la découverte peut être utilisée et fécondée.

(Blanc)

Parmi ces nombreuses observations, rassemblées dans diverses publications et que nous avons tenu à transcrire aussi complètes que possible, il en est de bonnes, mais il en est d'insuffisantes, au point de vue des lésions oculaires, et au point de vue des lésions dentaires et de l'état général du sujet. Il est vrai que les lacunes se comprennent dans celles qui sont antérieures à la découverte de l'ophtalmoscope. En tous cas, lors de phénomènes oculaires subjectifs sans lésions ophtalmoscopiques, l'examen névropathique du sujet eût dû être fouillé; car, nous y reviendrons plus loin, certains critiques comme Mathieu, nient constamment que les troubles sensoriels d'origine dentaire réflexe, puissent exister chez un individu dont le système nerveux est exempt de toute tare; aussi les rangent-ils parmi les nombreux phénomènes sensi-

tifs et moteurs, qui sont le lot des névrosés, des hystériques, des épileptiques.....

La description de la lésion dentaire est elle-même trop vaguement formulée, en ce sens que nous eussions voulu connaître à quelle profondeur la carie a étendu son processus destructif, si elle n'intéresse pas la cavité pulpaire, si elle ne s'accompagne pas de périostite, de sinusite ou d'inflammation des fosses nasales sur le compte desquels on eût pu mettre les divers accidents septiques ou nerveux.

Toutefois, un point qui est bien mis en lumière, c'est l'influence toujours heureuse, souvent rapide du traitement. Et ainsi ces observations forment un ensemble de faits cliniques qui rend indéniable les rapports qui existent entre les dents et l'appareil de la vision, quelle que soit d'ailleurs la théorie pathogénique invoquée pour expliquer ces dépendances.

On y voit, en effet, la carie et la pulpite provoquer des troubles oculaires variés, nerveux et inflammatoires, subjectifs et objectifs; troubles de la sensibilité spéciale ou troubles sensoriels et troubles de la sensibilité générale; phénomènes moteurs et lésions nutritives. C'est de la cécité, de l'amaurose, de l'asthénopie accommodative, accompagnées ou non de douleurs orbitaires; des mydriases bilatérales ou unilatérales, et dans ce dernier cas, du côté homonyme ou hétéronyme à la lésion dentaire; des contractures telles que blépharospasme, strabisme, voire même des paralysies dans le domaine du facial supérieur et du facial inférieur; des conjonctivites, des kératites, des iritis séreuses et suppuratives, etc.

Les accidents inflammatoires ne prennent pas l'allure à grands fracas que nous allons trouver dans le cours de la périostite alvéolo-dentaire et à la suite d'avulsion ; ce sont des kératites et des iritis séreuses ou suppuratives et non des phlegmons de l'orbite. Leur début est plutôt lent et s'accompagne de douleurs en général peu vives. Ils résistent à tout traitement oculaire et ne rétrocedent qu'après la guérison des lésions dentaires et même cette rétrocession se fait souvent avec rapidité.

Toutefois l'on peut concevoir que le retour à l'état normal dépendra de l'intensité des lésions cellulaires, et, par suite, se fera d'une façon d'autant plus parfaite que l'intervention thérapeutique aura été plus hâtive.

Au contraire, les accidents nerveux débutent brusquement, quelquefois au milieu d'une crise douloureuse intense, dans certains cas à l'insu du malade, qui se réveille aveugle. Hancock et Hutchinson en avaient fait la remarque « Les troubles fonctionnels s'établissent soudainement, sans prodromes ni accidents antérieurs ; le malade se réveille amaurotique, à sa grande surprise ; ou bien très rapidement, s'il est éveillé, il s'aperçoit que sa vue baisse de plus en plus, qu'il devient aveugle. S'il a des dents gâtées, elles auront été l'occasion de douleurs plus ou moins vives, à une époque plus ou moins éloignée. Pour l'instant elles sont insensibles soit spontanément, soit à la pression, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de douleurs oculaires. » Autant de raisons qui feront difficilement accepter du malade un traitement absolument den-

taire ». Et pourtant, ce sont ces mêmes amauroses, ces mêmes amblyopies, datant de huit mois, de deux ans, qui disparaissent comme par enchantement, en vingt-quatre heures, en quelques heures même, dès que les dents incriminées ont été avulsées. Il y a des exceptions : la mydriase persiste assez souvent, et dans quelques cas rares, l'œil ne recouvre qu'incomplètement sa fonction ; ces faits se rencontrent plutôt dans le cours de la périostite, et, sans doute n'avons-nous plus affaire à de simples troubles dynamiques, mais à de véritables liaisons organiques, à des névrites.

La lecture des observations nous montre encore que nombre de sujets atteints de troubles sensoriels sont des névrosés, des hystériques ; mais, tandis que chez les uns la diathèse est manifeste et se présente avec ses stigmates, chez d'autres elle est peu apparente ; dans quelques cas même, elle semble absente.

Quant à l'intensité de tous ces accidents, elle paraît en rapport avec des facteurs multiples : gravité de la lésion dentaire envisagée au point de vue de la profondeur des lésions et de leur septicité, état de l'organisme présentant une réceptivité plus ou moins accentuée, etc. A ce sujet les observations ne nous donnent que peu de renseignements.

Périostite alvéolo dentaire

Le processus de la carie dentaire peut suivre des voies bien différentes. Il peut être arrêté spontanément par une dentine condensée qui réagit dans ses éléments à la façon du système osseux, ou être enrayé par un traitement local approprié; ou, au contraire, suivre sa marche envahissante et, après avoir détruit la pulpe, s'attaquer au périoste alvéolo-dentaire.

Ainsi la périostite est le plus souvent secondaire et n'est, dès lors, que la succession logique des diverses étapes de la septicémie d'origine buccale. Dans quelques cas rares pourtant elle peut être primitive, c'est-à-dire être la première manifestation d'un état infectieux dont la porte d'entrée et la voie d'envahissement nous échappent de même que l'ostéomyélite et la tuberculose osseuse sont souvent des localisations initiales d'une septicémie.

Quoi qu'il en soit, cette périostite peut revêtir soit la forme aiguë, soit la forme chronique.

Dans la forme aiguë, les phénomènes morbides éclatent brusquement, par une douleur intense et du gonflement; puis la suppuration envahit les tissus ambiants, et s'étend au loin en décollant le périoste environnant et fusant dans le tissu cellulaire.

Si l'inflammation ne s'amende pas d'elle-même, ou n'est pas vaincue par le traitement, elle continuera ses ravages ou passera à la forme chronique.

Dans la forme chronique (qu'elle soit chronique d'emblée ou qu'elle succède à une phase aiguë) les symptômes subjectifs et objectifs sont comme endormis : ils se manifestent par une douleur légère à la pression, et par une suppuration lente, enkystée ou communiquant à l'extérieur par des trajets fistuleux. Cette suppuration chronique peut gagner les parties voisines, mais surtout elle est fréquemment entrecoupée par des phases aiguës qui en font presque tout le danger. Car la malignité de cette périostite réside moins dans les troubles locaux, que dans les complications de toutes sortes qu'elle est capable d'engendrer : phlegmons du tissu cellulaire, sinusites, ostéites, embolies, etc.; complications éminemment septiques créant des lésions trop souvent irrémédiables. A côté de ces complications d'ordre inflammatoire, prennent place plus rarement des troubles d'ordre réflexe : les uns et les autres peuvent prendre pour théâtre de leur action l'organe de la vision et ses annexes.

OBSERVATION XXV

Cas extraordinaire d'amaurose produite par la carie d'une dent

Fait bien connu d'un fragment de cure-dent trouvé à l'extrémité d'une racine dentaire, ayant provoqué l'inflammation du sinus et une amaurose qui disparaît par l'extraction de la dent malade après une durée de treize mois.

(*Galezowski*)

OBSERVATION XXVI

Myosis, spasme de l'accommodation de myopie à distance, provoqués par de nombreux chicots atteints de périostite

Mlle L..., trente et un ans, couturière, santé générale bonne, toujours bien réglée, a toujours eu une excellente vue. Depuis trois mois, sa vue a baissé, dit-elle, et elle éprouve beaucoup de gêne pour ses travaux de couture, au point qu'elle a dû les quitter depuis huit jours.

L'examen ophtalmoscopique le plus minutieux ne dénote aucune altération dans les yeux qui paraissent normaux. Nous faisons lire la malade, de près elle peut difficilement lire le n° 2 pendant une minute à peine, puis elle voit les caractères comme brouillés; de loin son acuité visuelle est réduite à 0,6. Un verre biconvexe de 1,50 dioptries rend la vision nette de loin.

On examine la bouche, la malade enlève un appareil de prothèse et on constate que les dents sont en très mauvais état. Celles du bas sont saines; en haut les incisives restent à peu près seules intactes, et des molaires il ne reste plus que des chicots dont la plupart sont branlants. Les gencives sont épaisses, ramollies et sanieuses. Nous procédons à l'avulsion de tous les chicots dont la plupart sont entièrement dénudés de leur périoste et rugueux; deux d'entre eux nous présentent des kystes à leur extrémité. Nous faisons sur ces gencives une vigoureuse application d'acide chromique monohydraté; nous prescrivons des gargarismes au chlorate de potasse pour les jours suivants avec la suppression de la pièce prothétique pendant ce temps. Nous revoyons cette malade huit jours après; elle a retrouvé, dit-elle, sa vie d'autrefois; l'acuité visuelle est normale de près et de loin.

(Mengin)

OBSERVATION XXVII

Asthénopie accommodative.

Marie B..., cartonnrière, vingt-cinq ans, a perdu autrefois l'œil droit à la suite de variole. Aucun antécédent nerveux.

Elle se présente à la consultation des Quinze-Vingts le 30 septembre 1886. La vue est trouble, tout paraît dans le brouillard; il lui semble qu'elle a dans l'œil un corps étranger et elle y éprouve une vive démangeaison depuis quelques jours. La pupille est mobile, pas dilatée. L'examen ophtalmoscopique est absolument négatif.

Le lendemain elle est adressée à la clinique odontologique. A la racine de la canine supérieure gauche, elle porte une petite tumeur, indice d'une périostite probablement spontanée car la canine n'est pas cariée. On ouvre l'abcès et on trépane le sommet de la racine. Amélioration immédiate de la vision qui trois jours plus tard est redevenue normale.

(Courtaix)

OBSERVATION XXVIII

Accidents nerveux, céphalée, vertige et amblyopie occasionnés par la présence de racines atteintes de périostite et de kyste du périoste.

M. L..., vingt-six ans, paveur, bonne constitution, pas d'antécédents syphilitiques ni morbides. Depuis trois ans, il est pris, plusieurs fois par an, d'accidents subits qui se manifestent par les symptômes suivants : céphalée à droite, trouble subit de la vue de ce côté, vertiges; le malade est obligé de fermer les yeux et de s'appuyer pour ne pas tomber ou de s'asseoir; pas de photopsie; quelques minutes après, tous ces symptômes disparaissent et il peut reprendre son travail. Il a eu jusqu'à vingt et même trente

accès en un seul jour ; champ visuel conservé, distingue bien les couleurs ; yeux normaux à tous les points de vue. Il dit être pris de ces accidents plusieurs fois par an, leur durée est chaque fois de six à douze jours. Il a consulté plusieurs fois dans les hôpitaux, a pris de nombreux médicaments au nombre desquels il se rappelle le salicylate de soude et le bromure de potassium.

En examinant les mâchoires de cet homme nous trouvons en haut et à droite : chicot de la deuxième incisive latérale douloureuse à la percussion, chicot de la deuxième petite molaire et trois chicots de la première grosse molaire ; en haut et à gauche, les dents sont saines. En bas toutes les dents sont saines ; trois seulement manquent complètement, couronnes et racines ; les gencives sont en bon état.

Le lendemain, nous procédons à l'avulsion des chicots. à huit heures du matin. Notons en passant que les accès l'ont repris depuis trois jours et qu'au moment où nous procédons à l'extraction il a eu depuis sept heures du matin trois accès. La plupart de ces chicots offrent un périoste en très mauvais état, épaissi, injecté ou détruit en partie ; le chicot de l'incisive latérale est atteint à son extrémité d'un kyste périostique de la grosseur d'un pois.

Ces extractions multiples n'offrent rien de particulier à noter, à l'exception de celui de l'incisive latérale qui seul était douloureux à la percussion. Cette racine offre de grandes difficultés à l'extraction, nous devons pour cela nous servir de l'élévateur droit, et, au moment où après plusieurs efforts infructueux cette racine est enfin chassée de son alvéole, le malade lève violemment la main vers la tête et croit qu'il va être pris d'un accès, il en redoute la manifestation et en éprouve comme un symptôme fugace. Nous prescrivons des tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorate de potasse au vingtième, appliqués sur la gencive et renouvelés plusieurs fois par jour. Nous revoyons le malade le lendemain, il nous apprend que la veille il a eu dans la journée trois ou quatre accès, mais bénins et pres-

que insignifiants et qui ont duré quelques secondes à peine. Huit jours après il se présente à la Clinique de la rue Dauphine, raconte que ces quelques accès, très légers du lendemain, ont été les derniers qu'il a ressentis, il se dit guéri.

(*Mengin*).

OBSERVATION XXIX

Larmoiement et asthénopie accommodative pour le travail de près consécutifs à la périostite de deux molaires.

Marie Th..., neuf ans et demi, est amenée à la consultation de la rue Dauphine pour un larmoiement des deux yeux et une très grande fatigue qu'elle éprouve dès qu'elle veut lire. Elle ressent ces symptômes depuis deux mois environ ; les yeux sont immétropes, et l'examen des deux globes oculaires ne laisse découvrir aucune lésion ou maladie de ces organes. Elle ne se plaint pas de ses dents pour le moment, mais elle en a souffert il y a trois mois, et sa mère a remarqué qu'elle ne s'en plaint plus depuis que ses yeux sont malades. L'examen de la bouche montre les deuxième molaires temporaires supérieures atteintes de carie pénétrante avec destruction de la pulpe. Ces dents sont douloureuses à la percussion. Elles sont enlevées le même jour et on constate un épaississement très notable avec injection très forte du périoste. Trois jours après les accidents oculaires ont complètement disparu.

(*Mengin*).

OBSERVATION XXX

Paralysie partielle de l'accommodation avec mydriase consécutive à une périostite d'une petite molaire

M. G..., trente-cinq ans, n'a jamais souffert de la vue, se plaint de voir trouble depuis six semaines de l'œil droit. A l'examen on constate que cet œil est atteint de mydriase,

mais l'examen ophtalmoscopique ne dénote dans les deux yeux aucune lésion, ni aucune anomalie de réfraction. L'œil gauche est emmétrope ; mais de l'œil droit il ne peut rien lire de près ; un verre biconvexe de trois dioptries, placé devant cet œil, lui permet de lire numéro 6 de l'échelle typographique. Rien ne peut expliquer chez cet homme cette mydriase, aucune maladie antécédente, absence de syphilis, intégrité dans le fonctionnement des muscles. On est amené, par élimination de ces différentes causes, à examiner le système dentaire ; plusieurs dents ont été enlevées, mais à leur niveau la disparition des rebords alvéolaires et l'état sain des gencives dénotent que la cause de l'affection ne peut résider en ces points. Les dents qui restent sont saines, mais la deuxième petite molaire supérieure droite n'est plus représentée que par sa racine qui n'est pas douloureuse à la percussion. Le lendemain nous pratiquons l'avulsion de cette racine atteinte de périostite chronique, et quelques minutes après l'avulsion le malade lit facilement le n° 3 de l'échelle typographique, sans verre biconvexe ; nous le revoyons trois jours après, et la mydriase a totalement disparu, l'acuité est redevenue normale.

(*Mengin*).

OBSERVATION XXXI

Tic des deux paupières caractérisé par des clignements continuels des deux muscles orbiculaires, consécutif à une périostite de la canine et de la deuxième grosse molaire supérieure droites temporaires.

Eugène X..., onze ans, tempérament nerveux, est amené à la clinique de M. le Dr Galezowski, le 19 juin 1878, pour un tic des paupières, qui a débuté il y a quatre mois, et qui depuis un mois a augmenté au point de devenir presque continu.

Les deux yeux sont sains et normaux, emmétropes, il n'y

a pas de photophobie et les paupières ne sont également en aucun point le siège d'aucune maladie. La compression des deux nerfs sus-orbitaires à leur émergence ne produit aucun changement. En examinant la bouche du jeune malade, nous trouvons en fait de dents permanentes les incisives et la première grosse molaire ; ces dents ainsi que les temporaires restantes sont saines et ne produisent aucune douleur quand on les frappe avec le manche d'un instrument à l'exception de la canine et de la deuxième grosse molaire supérieures droites. Ces deux dernières sont un peu douloureuses à la pression et sont de plus le siège d'une carie pénétrante avec destruction complète de la pulpe, car la sonde introduite dans ces cavités ne produit aucune douleur. Le lendemain ces deux dents sont enlevées, elles montrent un périoste injecté surtout vers l'extrémité de la racine et à cette extrémité le ciment complètement dénudé du périoste. Pas de trace de pulpe. Nous revoyons l'enfant trois jours après, le blépharospasme a très sensiblement diminué, et cinq jours plus tard, c'est-à-dire huit jours après l'extraction des dents, il a totalement disparu. La guérison est complète.

(Mengin).

OBSERVATION XXXII

Blépharospasme de l'œil droit, coryza et otalgie consécutifs à une périostite des racines de la première grosse molaire supérieure droite. Extraction. Guérison.

P. A..., étudiant en médecine, externe à la Charité. Depuis plusieurs années, la première grosse molaire supérieure droite était cariée. A la suite d'une tentative d'extraction, il y a trois ans, la couronne avait été brisée. Il ne restait plus que les racines. Sous l'influence du froid humide il ressentit quelques douleurs, et en même temps il se formait de petits abcès du côté de la voûte palatine ; il existait aussi un petit trajet fistuleux ouvert à la gencive au niveau de la dent malade. Depuis cinq jours, il ressent

taît de vives douleurs qui s'irradiaient en divers points. Les paupières de l'œil droit, surtout l'inférieure, étaient le siège d'élancements, elles étaient lourdes, et le malade éprouvait un certain soulagement en les fermant; un spasme continu les agitait et fatiguait le malade. La vue était affaiblie et une lecture prolongée était impossible. La pression sur le tubercule de l'arcade zygomatique occasionnait de la douleur. Enfin, la conque auditive (toujours du côté droit) était également douloureuse. Les souffrances n'avaient pas le même degré d'acuité pendant toute la journée. La mastication les excitait, et leur maximum avait la durée de deux heures. Chaque jour elles revenaient entre dix et onze heures du matin. En même temps que la douleur de dent le malade avait un coryza. La couronne ayant été brisée au niveau des gencives, je retire successivement les trois racines avec une pince à racine.

La racine interne présente une vraie injection du périoste dans toute son étendue et est surmontée à son extrémité par une végétation du périoste du volume d'une grosse tête d'épingle; la racine antérieure et externe, rugueuse, en partie résorbée à son extrémité, est dénudée de son périoste sur une étendue de deux millimètres environ. La racine postérieure et externe ne paraît pas atteinte. Après l'extraction des racines, les douleurs persistent encore trois jours avec la même intensité, puis elles disparaissent insensiblement d'une façon complète, ainsi que le blépharospasme et le coryza. Sans se fatiguer, le malade peut lire toute la soirée à la lumière artificielle.

(Pietkiewicz).

OBSERVATION XXXIII

Paralysie faciale, amblyopie, dent de sagesse cariée

Mme Bernard, mariée, bien portante, eut souvent des douleurs dans la dent de sagesse supérieure droite pendant les années 1863 et 1864. Il n'y eut pas de fluxion, la douleur était le seul symptôme. La dent était cariée.

Le 27 décembre 1864, elle eut une violente odontalgie de cette dent; les douleurs étaient extrêmement vives, et d'abord strictement locales. Un peu plus d'une semaine après, le 5 janvier 1865, les douleurs, encore très vives, devinrent diffuses, erratiques, s'étendant au-devant de la mâchoire et jusqu'à l'œil; il y avait aussi de la douleur à la gorge du côté droit. Le bras droit était sérieusement touché; il devint presque impotent et constamment douloureux; la malade pouvait difficilement saisir ou tenir un objet dans la main droite.

Le 7 janvier, apparurent des symptômes de paralysie faciale; la malade remarqua que la bouche et les traits étaient généralement tirés vers le côté gauche; la paralysie augmenta et fut complète en deux jours. En même temps la vision de l'œil droit devint tout à fait trouble et une douleur profonde se fit sentir en arrière du globe.

La malade vint alors trouver mon frère, le Dr Hyd. Salter à l'hôpital de Charing Cross, et après quelques essais de traitement infructueux, celui-ci, soupçonnant que la maladie venait des dents, me l'envoya. Je la vis le 14 janvier; elle avait une paralysie faciale complète du côté droit; les traits étaient tirés à gauche; elle était incapable de rapprocher les paupières de l'œil droit ou de froncer le sourcil du côté droit.

La dent de sagesse droite supérieure avait une cavité cariée au fond de laquelle la pulpe était à découvert. La malade se plaignait d'odontalgie, de douleurs s'étendant à la mâchoire et à la gorge, avec névralgie et faiblesse du bras droit. Il y avait un peu de surdité de l'oreille droite. Il y avait un petit gonflement à peine distinct à l'intérieur de la bouche et pas beaucoup plus apparent à l'extérieur; en outre, dans la région parotidienne il existait un empâtement qui s'étendait en arrière jusqu'à l'oreille et en haut à la tempe; cette masse était dure, régulière, avec une infiltration épaisse, quoique peu considérable en volume. J'enlevai la dent de sagesse; avec elle vint un fragment de

l'alvéole. La racine de la dent était couverte de débris de lymphes rouges, mais il n'y avait rien d'extraordinaire ou d'excessif dans son aspect.

La sortie de la dent fut immédiatement suivie d'un soulagement marqué, et la malade avant de partir dit que la douleur, la faiblesse et l'impotence du bras droit avaient entièrement disparu. Elle accusait une agréable sensation de soulagement. Le 18 janvier, le trouble de la vision avait diminué notablement, et elle pouvait lire presque aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche. La douleur avait cessé. La déviation de la bouche du côté droit n'était pas la moitié de ce qu'elle était quatre jours avant, quand la dent avait été extraite.

Le 23 janvier, la malade présente un changement marqué. Je ne trouve aucune déviation de la bouche; mais l'angle des lèvres est peut-être un peu plus aigu à gauche qu'à droite. La vue de l'œil droit est complètement rétablie. Tout sentiment de douleur a disparu.

(Salter.)

OBSERVATION XXXIV

Contracture du droit interne de l'œil droit avec névralgie de la face de ce côté produite par une périostite de la racine de la première petite molaire supérieure du même côté.

Mme C..., couturière, quarante-neuf ans, se présente à la clinique le 4 septembre, elle a toujours eu une bonne santé et n'est pas sujette aux névralgies. Depuis trois semaines elle se plaint de douleurs périorbitaires du côté droit, douleurs qui ont été en augmentant et en s'irradiant à toute la face de ce côté. Depuis cinq jours elle voit double; de plus les objets semblent danser devant elle, et elle ne peut marcher qu'en mettant la main devant l'œil droit. A part une adduction manifeste de l'œil droit il n'y a rien à noter de particulier de ce côté. Examinant la malade en lui plaçant un verre rouge devant l'œil droit et lui faisant

regarder la flamme d'une bougie nous constatons : diplopie homonyme augmentant quand on porte la bougie à la droite de la malade.

La distance qui sépare les deux images est essentiellement variable d'un moment à l'autre, la bougie restant immobile, et la malade voit dans ces conditions l'image rouge, correspondant à l'œil malade se déplacer à chaque instant suivant une ligne horizontale. Dans les positions du haut et du bas les mêmes phénomènes se reproduisent sans que l'on puisse constater une différence de hauteur sensible entre les deux images. Nous avons évidemment affaire à une contracture du droit interne de l'œil droit et les douleurs névralgiques nous font immédiatement examiner la mâchoire. Toutes les dents sont en bon état à l'exception de la première petite molaire supérieure droite dont il ne reste que la racine presque entièrement recouverte par la gencive. Cette racine est à peine sensible à la percussion ; nous en pratiquons l'extraction à l'aide d'un davier à chicot, et nous trouvons à l'extrémité de la racine unique un périoste épaissi, ramolli et un petit kyste. La malade se sent soulagée quelques instants après l'extraction et deux jours après tous les symptômes, diplopie et névralgie ont complètement disparu.

(*Mengin*).

OBSERVATION XXXV

Parésie du muscle orbiculaire. Sépasse irrégulier du muscle ciliaire. Diplopie monoculaire

Homme, vingt-six ans, se plaint que la vision de l'œil droit est subitement devenue trouble et qu'il y voit double de cet œil.

Ni douleur, ni rougeur, la pupille est petite et mobile. Le fond normal. Il y a parésie de l'orbiculaire droit ; les paupières ne peuvent pas être entièrement closes et l'œil est larmoyant. V. = 20/50 et avec + 1/36 c. 180° = 20/20. Un

examen sérieux des dents ne fait rien découvrir d'anormal.

On ordonna le mercure et l'iodure de potassium que le malade pris pendant quelque temps sans bénéfice. Une nuit il fut prit de violentes douleurs dans une des molaires supérieures. Le lendemain la dent fut extraite et un abcès qui s'était formé autour de la racine fut évacué. La parésie du muscle orbiculaire, la diplopie et l'astigmatisme disparurent immédiatement et V devint 20/20 sans verres. Il n'y avait pas de doute possible quant à l'astigmatisme dans ce cas, la vision fut soumise aux investigations les plus sérieuses.

OBSERVATION XXXVI

Choroïdite séreuse à répétitions coïncidant avec des poussées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie, au nom de M. Fromaget et au mien, un malade venu le 1^{er} mai à la consultation de M. le Dr Badal, se plaignant d'une diminution considérable de la vision de l'œil droit survenue très rapidement.

Son acuité visuelle était, en effet, réduite à moins de 1/10. Il existait une légère injection périkératique et un fin pointillé siégeant à la face postérieure de la cornée, symptômes insuffisants pour expliquer les troubles subjectifs de la vision. A l'examen ophtalmoscopique, on constatait un trouble du corps vitré, trouble très fin et diffus qui empêchait de voir le fond de l'œil. En raison de ces symptômes, nous portons le diagnostic de choroïdite séreuse; mais rien dans les antécédents du malade ne nous permettait de remonter à la cause de l'affection; pas de syphilis ni de blennorragie; aucune maladie infectieuse; pas de vice de réfraction.

En procédant à un examen attentif de notre malade, nous constatâmes une tuméfaction peu marquée et diffuse, sié-

geant au niveau du maxillaire supérieur droit, tuméfaction due à une ostéo-périostite développée autour de la canine ; la dent était profondément cariée et la gencive environnante criblée de fistules. Le malade, interrogé, se souvint alors que sa vision avait à deux reprises successives, la première fois en 1893, la deuxième en 1895, présenté les mêmes troubles, et que les symptômes oculaires avaient chaque fois coïncidé avec une fluxion de la même dent.

L'extraction de la dent, consillée comme tout traitement, est pratiquée le matin même. Le malade revient le 4 ; son acuité est presque normale, le pointillé cornéen a à peu près disparu, et le trouble du corps vitré presque nul permet très bien l'examen du fond de l'œil qui n'offre rien de particulier.

(*Fromaget et Utry*).

OBSERVATION XXXVII

Périostite de la canine supérieure droite. — Douleurs et conjonctivite de l'œil droit.

X..., trente-deux ans, exerce la profession de terrassier. Alcoolisme : il boit trois litres de vin en moyenne par jour et un petit verre de liqueur le matin. Rien autre de particulier à signaler dans ses antécédents.

Le malade vient au pansement gratuit de l'Hôtel-Dieu pour se faire extraire une dent.

Il y a six mois, il a commencé à éprouver des douleurs très vives au niveau de la canine supérieure droite. Ces douleurs, au début, survenaient par accès et étaient augmentées par l'ingestion d'aliments chauds ou sucrés.

Depuis huit jours, les douleurs ont changé de caractère : elles sont continuelles, lancinantes ; la mastication et en général toute pression sur la dent augmente les douleurs. Il y a six jours, légère fluxion qui persiste actuellement.

Enfin, il y a quatre jours, les douleurs se sont irradiées

vers le globe oculaire droit et se sont accompagnées d'un larmolement presque continu.

Ces douleurs oculaires sont constantes avec périodes d'exacerbations pendant lesquelles le larmolement est également augmenté et la vue légèrement diminuée d'après le malade.

A l'examen de la bouche on constate une carie au 4^e degré ayant détruit presque toute la moitié mésiale de la canine supérieure droite. La portion de la couronne restante présente une coloration grise très nette. La pression, même légère, de la dent est très douloureuse, ainsi que la pression digitale sur le trajet de la racine. A ce niveau, légère tuméfaction, mais pas de fluctuation,

L'incisive latérale supérieure droite est absente depuis longtemps.

Les autres dents ne présentent rien de particulier, sauf une usure au premier degré de leur face triturante.

Du côté de l'œil droit, la douleur existe toujours avec les caractères que nous avons déjà énumérés. On constate en outre une inflammation généralisée de la conjonctive dont les vaisseaux sont fortement injectés.

Pas de signes de névralgie du trijumeau. Les points de Walleix ne sont douloureux ni à droite ni à gauche. Le malade ne pouvant pas sacrifier son temps pour se faire soigner les dents, demande l'extraction, qui est pratiquée ce suite.

Trois jours après nous revoyons le malade, la fluxion a disparu, ainsi que les phénomènes douloureux. Du côté de l'œil, plus de douleurs, plus de larmolement, plus de trace de conjonctivite.

(Pont).

OBSERVATION XXXVIII

Empyème du sinus maxillaire. — Iritis

Mme D..., âgée de vingt-quatre ans, de Cognac, se présente le 15 juillet à la consultation gratuite de M. le professeur Badal, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Elle raconte que depuis deux mois environ, elle souffre de violentes douleurs de la face, à gauche et de l'œil du même côté.

On constate, en effet, une tuméfaction notable de la partie gauche de la figure. Il y a un peu de blépharospasme, de la photophobie, un cercle périkératique très net; la pupille est irrégulière, car elle a été dilatée par l'atropine dont la malade faisait usage, et on peut aisément constater l'existence de quelques synéchies postérieures.

Toutes les autres parties de l'œil sont saines. L'œil droit est intact.

Il s'agissait là évidemment d'une iritis. Quelle en était la cause ?

Interrogée soigneusement au point de vue d'une syphilis probable, les recherches entreprises à ce sujet ont toutes abouti à un résultat négatif. Elle n'avait non plus eu de rhumatisme; pas d'infection blennorragique; enfin il n'y avait aucun traumatisme.

Depuis un mois, elle suivait un traitement institué par un oculiste, et qui consistait en collyres à l'atropine; ce médecin avait également ordonné le sirop de Gibert, que la malade n'avait pas encore employé. En l'interrogeant plus soigneusement, elle dit qu'avant de souffrir de l'œil, elle avait eu un violent coryza, et que depuis ce temps-là elle crachait du pus et en mouchait souvent par la narine du côté malade. Elle avait fait le même aveu au premier spécialiste consulté, qui lui avait proposé une intervention. Effrayée, elle était alors venue à Bordeaux.

Depuis le début, elle souffre de violentes céphalées dans la région frontale et maxillaire gauche. La dentition est très mauvaise, presque toutes les molaires sont cariées. On pensa tout de suite à une affection du sinus maxillaire, et la malade fut envoyée à M. le Dr Moure, qui pratiqua l'éclairage de la face et trouva de la matité à gauche. Une ponction exploratrice au galvano-cautère permit de retirer du pus. Il n'y avait donc pas de doute, on était en présence d'un empyème de l'antre d'Highmore.

On fit enlever de vieilles racines, on perfora l'alvéole, un lavage fut pratiqué, qui ramena beaucoup de pus. Deux jours après, tous les symptômes de l'iritis avaient disparu. Il ne restait plus que trois synéchies. Plus de larmolement, plus de blépharospasme, plus d'injection périkératique.

Pendant les huit jours de séjour dans le service du professeur Badal, la malade n'avait subi aucun traitement. Elle est partie huit jours plus tard sans qu'aucun nouveau symptôme oculaire se soit montré.

(*Fromaget*).

OBSERVATION XXXIX

Épiphora et léger ectropion guéris par l'enlèvement d'une racine de dent canine

Mme H..., quarante-trois ans, m'a été adressée à l'hôpital dentaire; elle avait une ouverture fistuleuse à environ un demi-pouce au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, un épiphora bien marqué et un léger ectropion de ce côté. Elle se plaignait d'un écoulement continu de larmes le long de la joue, et paraissait fort tourmentée de la difformité qui, disait-elle, allait en augmentant depuis trois mois. La bouche examinée soigneusement paraissait en très bon état, mais il n'y avait rien à la place de la canine droite supérieure. La malade se souvenait qu'on lui avait enlevé cette dent quelques années auparavant, mais que la racine n'avait pas été extraite.

En pressant légèrement on faisait sortir un peu de pus par la fistule, mais non par la bouche. Une sonde introduite me donnait la sensation nette de matière dentaire.

La patiente refusant l'anesthésie, je fis, avec un petit scalpel, une incision jusqu'à la racine de la dent, je la tamponnai avec de la charpie pour la maintenir ouverte, et le lendemain toute hémorragie ayant cessé, je pus apercevoir une pointe de matière dentaire. Je m'arrangeai

pour la mettre à découvert et pour l'extraire au moyen d'un forceps bayonnette, mais ce ne fut pas sans de grandes difficultés. La racine avait, je puis l'affirmer, une longueur de trois quarts de pouce (17 millimètres); il n'y avait pas de kyste radiculaire, mais le sommet était entièrement dénudé. A partir de l'opération l'écoulement de pus alla en diminuant, tout s'améliora, et quand je vis la malade pour la dernière fois, elle allait très bien, les larmes avaient repris leur cours régulier. La paupière était dans son état normal et l'ouverture fistuleuse était complètement fermée.

(*J.-M. Ackland*).

OBSERVATION XL

Glaucome guéri par l'extraction d'une racine dentaire douloureuse et cariée.

J'ai eu l'occasion de voir à la clinique du Dr Abadie une femme de 28 ans, atteinte d'un glaucome avec tension très élevée de l'œil droit. L'œil gauche était normal. La santé générale de cette malade était parfaite; pas de douleurs de tête ni de douleurs névralgiques la cause de ce glaucome unilatéral était donc tout à fait obscur.

Deux sclérotomies furent faites par M. Abadie ne produisant qu'une détente momentanée et suivies de récédive. C'est alors qu'en explorant avec soin le système dentaire de cette malade, M. Abadie trouva, du côté de l'œil affecté, une racine dentaire très douloureuse, dont il réclama l'extraction avant de faire une nouvelle tentative chirurgicale. L'extraction de ce chicot douloureux fut suivie, sans qu'on fit autre chose, d'une détente brusque immédiate de la tension intra-oculaire, qui prouvait, à n'en pas douter, la relation affective entre l'affection oculaire et l'affection dendaire.

(*P. Redard*).

OBSERVATION XLI

Dent cariée. — Abscess du sinus maxillaire. — Troubles oculaires et phlegmon de l'orbite. — Guérison

Joseph S..., cinquante-deux ans, écuyer, entre le 16 mars 1876, à l'hôpital Beaujon, deuxième pavillon, n° 26, service de M. le professeur Le Fort. Deux jours avant son entrée, le malade fut pris subitement d'une violente douleur névralgique dans la joue gauche. Cette douleur, qu'il attribue à un coup d'air, avait pour point de départ les deux premières molaires supérieures du côté gauche. Le même jour il éprouva des douleurs dans le fond de l'œil et remarqua que le globe oculaire gauche devenait rouge.

Le 16 mars. — Lors de son entrée, l'attention est tout d'abord attirée sur le globe oculaire. Les paupières entr'ouvertes sont œdémateuses, violacées, et laissent voir une conjonctive légèrement injectée mais extrêmement œdématisée. En effet, tout autour de la cornée, et principalement en dehors existe un bourrelet analogue à de la gelée de pomme, de couleur ambrée.

La cornée n'est point dépolie, la pupille un peu dilatée est immobile. Mais le globe de l'œil est en totalité repoussé en avant, en sorte qu'il paraît beaucoup plus volumineux que du côté opposé. Il existe donc une exophthalmie considérable. Depuis, le malade craint la lumière et porte continuellement la main devant son œil.

Il accuse également des douleurs dans le fond de l'orbite, des douleurs périorbitaires et dans la région zygomaxillaire,

Traitement. — On applique immédiatement 5 sangsues sur la tempe gauche.

Le 17. — Mêmes symptômes, 10 sangsues le matin et 6 le soir. L'amélioration est peu sensible pendant deux jours, on craint la suppuration du tissu cellulaire post-oculaire. Pourtant le mal n'empire pas.

Le 20. — On prescrit de nouveau 8 sangsues. Les douleurs se calment légèrement, et le 22, en se mouchant, le malade rend un peu de pus épais et fétide qu'il montre à la visite.

On pense alors à un abcès du sinus maxillaire, et comme la première grosse molaire du côté gauche, point de départ des douleurs du début, est cariée dans ses deux tiers antéro-supérieurs, on en a fait l'extraction.

A partir de l'extraction de cette dent, les névralgies et les symptômes inflammatoires du côté de l'orbite vont en décroissant.

L'œdème conjonctival disparaît, l'œil rentre peu à peu dans la cavité orbitaire.

Le malade continue à moucher du pus pendant quelques jours ; aussi songe-t-on à lui faire la trépanation du sinus par l'alvéole de la première molaire.

Il s'y refuse, ce qui ne l'empêche pas de sortir complètement guéri ; sans reste d'exophtalmie, le 6 avril. Le malade ne mouchait plus de pus et avait conservé son acuité visuelle.

(*Le Fort*).

OBSERVATION XLII

Empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire avec perforation de la voûte ; abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique ; mort.

Le nommé A. P..., garçon de magasin, trente et un ans, entré le 16 avril 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, lit n° 16.

Antécédents personnels. — Ne présente rien de particulier.

Début de l'affection. — Au commencement d'avril, le malade souffre d'une molaire supérieure qui est un peu gâtée, et remarque que depuis quelque temps il mouche beaucoup. La matière est muco-purulente, surtout quand il se penche fortement en avant. Vers la même époque, il

s'aperçoit qu'il sent mauvais du nez. Ceci se passe sans douleurs autres que la douleur dentaire. Nul gonflement sur le record alvéolaire. Le malade fait soigner sa dent ; il subit cinq ou six pensements dans l'espace de quinze jours. Les phénomènes douloureux persistent quand même. Dans la matinée du 13 avril, P... perd complètement la vue. Il s'en aperçoit en faisant son travail, et remarque qu'en fermant l'œil gauche, il ne voit absolument rien de l'autre. Cette amaurose est survenue progressivement dans l'espace de quelques heures, et le malade, très affirmatif, dit que cet œil droit voyait très bien, non seulement la veille du 13, mais aussi le matin du 13, à son réveil. En même temps apparaissent des douleurs violentes dans tout le côté droit de la face ; la pommette et la région orbitaire sont particulièrement douloureuses.

La conjonctive s'infiltré rapidement, et les paupières sont gonflées en quelques heures. Les tissus de la joue s'œdématisent également. Le malade est pris de fièvre et éprouve quelques frissons. Cet état persiste pendant les jours suivants.

Etat à l'entrée. — Le malade se présente à la clinique ophthalmologique le lundi 16 avril. Les paupières supérieure et inférieure droites ainsi que la joue du même côté, sont gonflées, œdématisées ; on ne voit aucune sécrétion sur les paupières. La peau est d'un rouge violacé, tendue, luisante et chaude. Tout ce massif inflammatoire, douloureux spontanément, l'est beaucoup à la pression. On écarte difficilement les paupières très fortement œdématisées, et le chémosis cache en partie l'œil porté en avant en exorbitis. L'œil est immobile, la pupille regardant directement en avant. La cornée et la pupille sont normales. L'ophtalmoscope permet de constater que la papille est légèrement décolorée, les veines distendues, non pulsatiles, les artères diminuées de volume.

Le malade ne peut distinguer ce qui l'entoure, il lui est difficile de dire s'il perçoit la lumière d'une lampe placée

devant son œil. En palpant le sillon orbito-palpébral en haut ainsi qu'en bas, on perçoit de la résistance. Il est difficile de se rendre compte de l'état du maxillaire supérieur, car la peau qui le recouvre est très douloureuse. Le malade se plaint d'élançements douloureux dans le côté droit de la tête : il présente quelques vésicules d'herpès aux lèvres, et un mouvement fébrile assez accusé. La langue est saburrale et l'haleine fétide. L'état général est assez bon, mais cet homme a l'air très abattu. P... entre salle Saint-Julien. Dès son entrée, on fait un pansement antiseptique et on lui donne du calomel à doses fractionnées.

17 avril. — Incision de la paupière au niveau de la partie moyenne de l'arcade orbitaire. Il sort quelques gouttes de pus.

18 avril. — On endort le malade et pendant le sommeil chloroformique, il s'écoule du pus de la narine droite. On enlève la première grosse molaire droite qui est légèrement cariée. Avec une tréphine on perfore la paroi alvéolaire et on tombe dans le sinus maxillaire. Par l'orifice ainsi créé, il sort du pus extrêmement fétide. On fait un lavage avec une solution de biiodure de mercure et il s'écoule quantité de liquide purulent et de matière grumeleuse, caséiforme et d'une puanteur excessive. On place dans le sinus, à travers l'orifice alvéolaire, un drain de caoutchouc fermé en bas par une cheville d'ivoire. Le tout est fixé par un fil à la molaire avoisinante. Dans le courant de la journée on fait des lavages répétés avec une solution de permanganate de potasse à 4 p. 1.000

19 avril. — Comme les phénomènes inflammatoires et le gonflement persistent sur le pourtour de l'orbite, M. Panas fait une incision en T sur la paupière inférieure au milieu du rebord orbitaire. Il sort par l'ouverture du pus bien lié, et la sonde cannelée introduite par l'incision tombe sur le plancher du maxillaire inférieur largement dénudé. On met un drain, puis on lave au permanganate. Le liquide sort

par le nez sans passer par le sinus maxillaire, et quand le malade se mouche, l'air sort non seulement par l'ouverture pratiquée dans la paupière inférieure, mais aussi par celle qui existe sur le milieu de la paupière supérieure. On répète le lavage au permanganate de potasse plusieurs fois par jour et dans l'intervalle on applique un pansement antiseptique.

20 avril. — La température du matin s'est abaissée à 36°,9. Même état local, mêmes pansements que la veille. Le malade se sent un peu mieux. Pas de perception lumineuse à droite. Pupille énormément dilatée. Persistance de l'immobilité du globe.

22 avril. — Les douleurs de tête ont disparu ainsi que la fièvre. L'état général est meilleur, et le malade commence à s'alimenter.

Le gonflement des paupières a diminué, aussi est-il possible de glisser un drain sur le plancher de l'orbite. Le pus qui sort au moment des lavages est en petite quantité. Il y a de légers mouvements du globe oculaire. Depuis quelques jours on interroge le malade au point de vue de son acuité visuelle et aujourd'hui, pendant qu'on promène une compresse devant sa figure, il dit avoir la sensation d'un objet agité devant son œil.

23 avril. — Même état, mais le malade n'accuse plus aucune perception lumineuse.

1^{er} mai. — Amélioration progressive de l'état général et de l'état local : le malade distingue les doigts de la main à contre-jour.

7 mai. — La suppuration a en partie disparu. Dans la nuit du 6 au 7, le malade a eu de la céphalalgie d'une façon assez intense, les douleurs se sont propagées dans la nuque, et le cou ne peut être remué sans douleur; quelques vomissements. Le matin, malaise général avec frissons, la température remonte à 38°,9 le matin. Le pansement est un peu taché par le pus. Le liquide de l'injection ne ramène rien. Le malade distingue à peine la main. Les jours suivants,

l'état général baisse, et le malade se plaint de troubles céphaliques; il éprouve plutôt une sensation de gêne avec frissons nuit et jour. De temps à autre, vomissement sans efforts. Le malade a toujours le cou raide, il fléchit difficilement la tête, il évite tout mouvement brusque qui lui retentit douloureusement dans le crâne. La lumière vive et le bruit le gênent; il préfère être au lit où il se couche pelotonné sur lui-même. Pas de troubles intellectuels ni aucun changement dans l'état des lésions de la face du côté droit. La fièvre augmente.

Dans la nuit du 14 au 15 mai, le malade est pris subitement de malaises intenses; on appelle l'interne de garde, mais le patient meurt dix minutes environ après le début des accidents. Dans la journée, on n'avait noté aucun changement menaçant.

Autopsie le 16 mai. — On enlève la calotte crânienne avec la scie, et au moment où on la soulève, dans la partie antérieure on voit sourdre du sinus frontal droit un flot de pus verdâtre. Le sinus est plein de pus semblable, mais les parois osseuses sont intactes. Le sinus du côté gauche est normal. En soulevant le lobe frontal droit, on voit que celui-ci est adhérent à la voûte orbitaire et qu'il présente à ce niveau une teinte brunâtre. En pressant légèrement dessus, le tissu se déchire et donne issue à une certaine quantité de pus sanieux. On recueille de ce pus sur lamelles avec une pipette en vue de l'examen bactériologique. Pour enlever complètement le cerveau, on coupe l'adhérence et on constate à l'endroit de celle-ci que la voûte orbitaire est perforée. L'orifice a les dimensions d'une lentille. On résèque avec précaution la voûte orbitaire ainsi que la partie osseuse environnante, ce qui permet de constater l'infiltration de l'ethmoïde et de la petite aile du sphénoïde par du pus noirâtre : le sinus sphénoïdal droit ne contient pas de pus. Tout le périoste de la cavité orbitaire est spontanément décollé et entre lui et l'os, se trouve un vaste espace où est collectionné le pus. Le cône musculaire ainsi que le

tissu cellulo-adipeux de l'orbite sont absolument normaux et comme enveloppés par la collection sous-périostale qui les repoussait en avant, d'où l'exorbitis. L'ouverture du sinus caverneux des veines qui s'y rendent permet de constater l'absence de toute thrombo-phlébite. L'œil enlevé en coupant le nerf optique au niveau du trou du même nom, on constate que le sinus maxillaire communique largement avec la cavité orbitaire. L'examen de la voûte de l'orbite permet de reconnaître que la perforation osseuse, à peu près circulaire, siège sous le tiers interne de la suture sphéno-frontale, dans le voisinage du canal optique. L'os à ce point présente la teinte brunâtre caractéristique de la carie. En examinant le cerveau, on voit que les vaisseaux méningés sont bordés de trainés blanchâtres de pus, jusqu'au niveau de la protubérance annulaire. Les ventricules latéraux sont distendus par du liquide séro-purulent abondant. Une coupe faite à la partie inférieure du lobe frontal droit, au point correspondant à la perforation de l'orbite, démontre l'existence d'un abcès intra-cérébral du volume d'une grosse noix.

Cette poche, tapissée par une fausse membrane, ne paraît pas communiquer avec les ventricules latéraux; elle occupe la partie centrale de la corne frontale droite. Tout le tissu cérébral environnant est altéré dans sa couleur et sa consistance. On enlève avec soin la base de l'encéphale comprenant le chiasma, la protubérance et les pédoncules cérébraux, de façon à soumettre la pièce à un examen histologique détaillé. Les autres viscères ne présentent rien à signaler.

L'examen bactériologique a décelé la présence de staphylocoques dorés dans le pus de l'orbite et du sinus maxillaire. Le pus de l'abcès du cerveau contenait, à côté de quelques rares staphylocoques, des streptocoques en grand nombre; preuve que la méningo-encéphalite qui a emporté le malade en quelques heures provenait d'une infection secondaire.

L'examen de l'appareil optico-sensoriel a permis de reconnaître que la seule lésion du globe de l'œil était un peu de désagrégation de la myéline au niveau de la pupille surtout dans la moitié nasale. La portion intra-orbitaire du nerf n'avait qu'un léger degré d'inflammation autour de la gaine piale. C'est surtout au niveau de sa partie intra-canaliculaire que le nerf présentait les plus grandes altérations : accumulation de cellules rondes inflammatoires dans l'espace intra-vaginal du nerf, formant manchon autour de la pie-mère dont les capillaires sont engorgés de sang. Myéline grenue, résistant à la coloration, sans hyperplasie du stroma conjonctif, ni de la névroglie. — Altération wallérienne à marche ascendante sur le côté gauche du chiasma, correspondant aux fibres croisées venues du nerf optique droit, et vers la bandelette optique gauche.

(*Panas.*)

OBSERVATION XLIII

Inflammation du sinus maxillaire. — Suppuration. —

Exophthalmie. — Absès du cerveau. — Mort.

Zoé D..., trente-huit ans, atteinte d'une inflammation de l'antre, d'une durée de deux ans, est prise d'une poussée aigüe.

Bientôt la cavité du sinus est dénudée. La suppuration gagne le cou, puis l'orbite, la vue se perd. Diarrhée, fièvre intense, coma et mort.

A l'autopsie, on trouve la racine de la première prémaxillaire, comme point de départ des accidents.

(*Foucher.*)

OBSERVATION XLIV

Sinusite maxillaire. — Phlegmon orbitaire. — Ulcère de la cornée. — Staphylome.

Mlle L... Ch..., âgée de vingt-un ans, est prise le 27 juillet, à dix heures du matin, d'une douleur effrayante dans l'œil droit, douleur s'étendant à toute la face, au pourtour de

l'orbite, et à la région occipitale du côté opposé. Il lui a semblé qu'en ce moment un craquement se produisit dans sa tête. En même temps survenaient des vomissements glaireux, puis bilieux. Jusqu'au soir, l'œil ne présenta rien d'anormal. Mais alors la paupière commença à rougir, à se tuméfier, l'œil à devenir plus saillant; douleurs orbitaires atroces avec battements dans la tête. Début d'exophtalmie.

Le 30 juillet, l'exophtalmie est telle que ses paupières. ne peuvent plus recouvrir le globe, même en comprimant l'œil et en facilitant l'occlusion des paupières. Celles-ci sont rougies, œdémateuses, luisantes, et il existe une saillie un peu plus prononcée au niveau de la poulie du grand oblique.

L'examen du nez montrait que le méat moyen était rempli de pus; depuis un mois, du reste, la malade avait un écoulement par la narine droite, particulièrement au moment où elle baissait la tête, et une sensation d'odeur nauséabonde (cacosmie subjective). Les deux premières molaires supérieures étaient gâtées et douloureuses à la pression.

La térébration alvéolaire après avulsion des deux molaires laisse sortir une quantité de mucosités et de pus fétide. Une incision profonde au point le plus saillant de la tuméfaction de la paupière supérieure donne également issue à une masse de pus d'odeur infecte. Drainage et irrigation. La malade est notablement soulagée, mais l'œil n'a que peu de tendance à reprendre sa place. Le soir une injection faite par le sinus ressort non seulement par la narine, mais aussi par le drain placé à la partie supéro-interne de l'orbite.

3 août. — L'œil est toujours fortement proéminent, la cornée est complètement dépolie et sèche; tout au pourtour existe un sillon purulent; plaques grisâtres sur le chémosis. Scarification de ce dernier.

10 août. — Il s'est éliminé une certaine quantité de tissu cellulaire sphacélé par l'ouverture supérieure. De plus une ulcération s'est formée occupant le quart de la cornée au

niveau de cette ulcération, et une hernie de l'iris. Collyre à l'ésérine.

La malade sort de l'hôpital à la fin octobre; la conjonctive n'a repris son état normal que vers le milieu de septembre. Quant à la suppuration du sinus elle n'est pas tarie.

En 1892, la malade revient se plaignant de douleurs vives dans l'œil droit dont la vision est complètement abolie (leucome complet avec adhérence). On fait l'énucléation. La suppuration maxillaire, quoique peu abondante, n'avait pas entièrement disparu.

(*Brunschwig*).

OBSERVATION XLV

Exophthalmie, névrite optique, cécité dues à périostite alvéolo-dentaire

Une jeune fille fut atteinte, il y a quelques semaines, d'exophthalmie du côté droit, avec névrite optique et cécité. L'exploration la plus minutieuse ne fit rien découvrir dans l'orbite; mais elle avait du même côté et en haut, une grosse molaire cariée qui la faisait beaucoup souffrir. Extraction; une grande quantité de pus s'écoule du sinus maxillaire; lavages antiseptiques.

Au bout de quelques jours, la douleur se calma, l'exophthalmie disparut, mais la cécité a persisté car l'atrophie du nerf optique a fait suite à son inflammation.

(*Galezowski*, 1886.)

OBSERVATION XLVI

Amaurose; abcès de l'antre; dent cariée

E. B.,., âgé de vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital de Bath le 7 août 1863, pour vision défectueuse de l'œil droit. Il y avait ptosis de la paupière supérieure droite, et gonflement marqué de la face, avec un abcès de l'alvéole et, la

suite le prouva, de l'antre d'Highmore, en relation avec la première molaire supérieure droite qui avait été brisée dans les tentatives d'extraction. Le patient ne voulut pas consentir à se laisser enlever les racines de la dent brisée. Le 16 septembre, la vue de l'œil droit était entièrement perdue. Les chicots de la dent brisée furent extraits, l'antre ouvert, et une grande quantité de pus évacuée. A l'examen ophtalmoscopique, le nerf optique était très anémique. Quand le malade fut revu, le 5 mai 1864, le nerf de la troisième paire avait repris ses fonctions ; le ptosis n'existait plus, et la pupille fonctionnait bien. Le nerf optique était encore anémique et l'œil droit entièrement aveugle.

(Charles Gaine.)

Les troubles oculaires observés dans le cours de la périostite comprennent toute la suite des phénomènes inflammatoires et nerveux déjà énumérés à propos de la carie.

Mais ce qui nous frappe, c'est l'importance des complications d'ordre septique, qui revêtent une intensité et une gravité toutes particulières, non seulement *quoad lesam*, mais encore *quoad vitum*. Tandis que le retentissement inflammatoire de la carie se manifeste par des kératites et des iritis le plus souvent bénignes, celui de la périostite est marqué par de vastes suppurations : plegmon de l'orbite, cellulite, périostite orbitaire, etc.

Ces accidents dérivent presque toujours de périostites aiguës, primitives, ou secondaires, dans le cours d'une périostite chronique, et leur intermédiaire presque obligé est une sinusite de l'antre d'Highmore.

Mais lorsqu'une série de moignons dentaires que ronge petit à petit une putréfaction qui leur doit son existence, entretient par cela même la suppuration de l'antre en en renouvelant sans cesse les éléments, microbes et toxines; lorsqu'une poussée suraiguë de ces éléments va réveiller la marche de l'inflammation et la rendre plus nocive, l'organe en cause est bien la dent ou ce qu'il en reste; elle est le point de départ des phénomènes morbides, et par suite nous nous croyons en droit d'écrire indifféremment : affections oculaires d'origine dentaire, ou affections oculaires d'origine sinusale.

En tous cas, les phénomènes morbides éclatent le plus souvent à l'improviste chez un malade porteur de dents ou de racines atteintes de périostite, mais peu douloureuses, et consécutivement, d'une sinusite maxillaire qui a évolué silencieusement et passé de cette façon inaperçue, et c'est en recherchant l'étiologie des complications oculaires que par élimination, le clinicien arrive ainsi à en classer l'origine au niveau des organes dentaires. Une fois installés, ils ont tendance à revêtir une allure aiguë, voire même suraiguë, et produisent ainsi des désordres intenses, au milieu d'un état général grave. Aussi, malgré une intervention précoce vidant toutes les cavités suppurantes et abcédées, doit-on s'estimer heureux de sacrifier les organes atteints, si l'on peut sauver la vie à son malade.

A côté de ces perturbations à grands fracas, prennent place encore un grand nombre de lésions inflammatoires plus discrètes, révélant ainsi leur origine : elles

sont dues en effet surtout à des périostites chroniques. Elles rappellent en général celles qui sont sous la dépendance de la carie. Pourtant quelques observations sont particulièrement originales à ce point de vue : c'est l'observation XXXVI, due à MM. Fromaget et Ulry, qui nous montre une choroïdite séreuse à répétition coïncidant avec des poussées d'ostéopériostite, et qui rappelle le fait succinct de Barthez (obs. XI), et surtout les observations XXXIX et XI. La première concerne une racine de canine longue de 17 millimètres et atteinte de périostite ; butant contre la mince paroi du canal nasal, elle vient irriter directement ce conduit, produisant une véritable dacryocystite.

Dans la seconde, Redard, de Paris, relate un beau cas de glaucôme, traité deux fois par la sclérotomie et sans succès, et guéri seulement par l'extraction d'une racine.

Le plus souvent de nature bénigne, ces complications rétrocedent peut-être avec moins de rapidité que celles qui étaient dues à la carie.

Enfin, les troubles sensoriels sont redevables de la périostite chronique, et coïncident souvent avec des phases douloureuses. Ils ne dérivent plus de l'irritation du paquet pulpaire qui est détruit, mais du périoste alvéolo-dentaire, très riche en éléments nerveux.

Avulsion

Nous allons examiner maintenant quelques cas d'extraction dentaire, moins curieux peut-être par les phénomènes inflammatoires accompagnant tout traumatisme chirurgical, que par certaines complications d'ordre purement sensoriel.

OBSERVATION XLVII

Cécité subite à la suite d'avulsion dentaire.

Galezowski cite le cas d'un jeune homme de vingt ans, qui avait subitement perdu la vue d'un œil à la suite de l'extraction d'une dent de la mâchoire supérieure du côté correspondant. L'examen ophtalmoscopique fut complètement négatif. Cette cécité disparut graduellement quelque temps après.

(*Galezowski, 1886.*)

OBSERVATION XLVIII

Cécité subite et définitive à la suite d'une extraction dentaire.

Il y a six ans, je me rappelle avoir vu dans le service de M. le professeur Richet, un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui avait perdu subitement la vue de l'œil gauche à la suite de l'extraction d'une grosse molaire située dans la partie gauche de la mâchoire supérieure. Malgré tous les traitements que l'on institua, la cécité resta définitive.

(*F. Despaagnet.*)

OBSERVATION XLIX

Hémorragie de la macula survenue quelques minutes après une extraction dentaire.

En octobre 1897, M. X..., explorateur, revenu récemment de Madagascar, m'est adressé par un confrère.

Il y a huit jours, dit-il, il s'est aperçu quelques minutes après une extraction dentaire, pratiquée par le Dr Camille Tellier, que sa vue de l'œil droit devenait trouble, qu'il voyait comme à travers un brouillard. Ce trouble augmenta peu à peu et au bout de trois jours, l'amblyopie était complète, sans que le malade ait jamais vu rouge.

Actuellement, l'examen superficiel de l'œil ne nous fait rien découvrir d'anormal, mais nous constatons à l'examen fonctionnel un scotome central assez large que nous n'avons pu mesurer au périmètre.

L'examen à l'image droite nous montre immédiatement une petite hémorragie maculaire très nette et très limitée avec deux petites hémorragies en flammèches au dessus de la macula à environ un diamètre papillaire en dehors de la papille. En outre la région située entre la macula et la papille est le siège d'un léger œdème de la rétine qui apparaît un peu blanc et grisâtre.

L'œil gauche est normal.

L'examen de la mâchoire ne fait constater aucun point douloureux et enflammé.

M. X..., quoiqu'un peu amaigri est vigoureux et énergique; il nous dit d'abord qu'il se porte très bien.

Son père est mort à 30 ans d'une fluxion de poitrine et sa mère à 59 ans de la rupture d'un anévrisme.

Une sœur en bonne santé.

A 18 ans, il aurait eu une bronchite aiguë; à 30 ans il a contracté un chancre induré de la verge à la suite duquel il a suivi un traitement spécifique pendant 3 ans.

Pendant une période de vingt ans il a séjourné dans les

colonies habitant successivement l'Algérie, la Tunisie, le Maroc, la Tripolitaine et Madagascar de 1879 à 1882 ; il a souffert à Bougie de fréquents accès de fièvre quarte, qui disparurent complètement pendant trois ans grâce à la quinine.

En 1885 pendant un séjour en Tunisie, violent accès paludéen dont il guérit.

Pendant son séjour à Madagascar où il est resté pendant vingt-deux mois jusqu'en juin 1897 il n'a pas eu à souffrir d'accès paludéen, mais il est vrai de dire qu'il prenait constamment de la quinine.

Trois à quatre jours après son départ de Madagascar pour la France M. X... est pris d'accès larvés ressemblant beaucoup à une angine de poitrine. L'accès consiste en une sensation de constriction violente de la poitrine qui semble serrée dans un étau, s'accompagnant de sudation et d'une sensation de crampe et de picotements le long de la partie interne des membres supérieurs jusqu'au petit doigt de l'annulaire. L'accès dure deux minutes, et revient à deux ou trois reprises à quelques minutes d'intervalle.

Cette série d'accès revient toutes les sept à huit heures environ.

M. X... affirme que ses accès cèdent à la quinine, il a même remarqué que la quinine, prise à dose fractionnée en trois fois réussit mieux qu'une dose unique même plus forte.

Le malade est un peu nerveux, il n'y a pas d'alcoolisme, jamais aucune hémorragie.

Cependant, il y a sept à huit ans, il a eu quelques crachats sanglants avec toux à la suite d'une congestion pulmonaire.

Poumon. — Respiration un peu obscure d'emphysémateux avec quelques râles de bronchite légère. Rien aux sommets.

Cœur. — On ne sent pas la pointe à la palpation. Les bruits du cœur sont sourds, mais leur rythme n'est pas altéré ; il n'y a aucun bruit anormal.

Les artères sont un peu flexueuses.

Pouls. — 68.

Foie — Normal.

Rate. — La matité est de trois travers de doigts dans tous les sens.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

L'intervention dentaire pratiquée par mon confrère le Dr Tellier n'avait présenté aucune particularité spéciale de nature à expliquer le trouble visuel consécutif. Voici d'ailleurs les détails qu'il a consignés lui-même.

Le 19 octobre 1897, on extrait une racine d'une première prémolaire supérieure gauche. Le lendemain extraction de la racine supérieure droite. L'extraction est relativement simple ; néanmoins, comme on a affaire à une racine fixée profondément dans le maxillaire et n'ayant aucune portion de couronne dépassant le rebord alvéolaire, on est obligé de faire une prise un peu élevée, et le rebord alvéolaire est saisi sur une hauteur de 1 à 2 millim. l'hémorragie consécutive est faible et comme d'ordinaire, mais quelques minutes après le patient se plaint de voir un peu trouble de l'œil droit.

Le traitement que nous avons institué a été l'application de trois ventouses scarifiées sur la tempe droite à cinq ou six jours d'intervalle. L'application de chaque ventouse était suivie d'un pansement binoculaire compressif pendant quarante-huit heures.

Le reste du temps, repos complet à la chambre noire. En

En même temps, chaque jour, sulfate de quinine, 1 gr., et grains purgatifs d'aloès.

Le 26 octobre, après la première ventouse nous notons une amélioration considérable, le malade peut lire des lettres de un centimètre de hauteur, le scotome est plus clair et diminue d'étendue.

5 novembre. — A l'ophtalmoscope, on trouve au niveau de la macula une tache blanche à la place de l'hémorragie. Il y a toujours les deux petites hémorragies en flammèches.

12 novembre. — Le scotome n'apparaît plus que comme une tache grisâtre.

17 novembre. — On constate au niveau de la macula une tache légèrement jaune, rougeâtre et pâle sur le fond de l'œil, entourée de quelques pigmentations noirâtres. On reconnaît encore les vestiges de petites hémorragies en flammèches extra-maculaires que nous avons signalées.

Nous renvoyons alors le malade très satisfait de son état en lui conseillant l'usage prolongé de l'iodure de sodium à dose faible sans préjudice de la quinine.

(Aurand).

En résumé, nous avons eu affaire à une hémorragie maculaire chez un paludéen ; l'extraction dentaire n'a été que la cause occasionnelle.

OBSERVATION XLIX

Mydriase survenue à la suite de l'extraction de la première petite molaire gauche

M. Ch. de M..., âgé de vingt-cinq ans, de constitution robuste, n'ayant jamais souffert des yeux, était sujet depuis plus d'une année à des odontalgies fréquentes et violentes, qui étaient dues à la première petite molaire gauche supérieure. Déjà plusieurs fois il avait pris la résolution de se faire arracher cette dent, mais il avait été retenu par la crainte que cette opération n'eût des suites fâcheuses sur l'organe.

Cependant un jour, le mal étant devenu intolérable, il accourut chez moi. Je fis l'extraction de la dent avec facilité ; il ne resta aucun fragment, et le bord alvéolaire n'éprouva aucune lésion. Cependant le patient accusa une douleur excessivement vive qui, dit-il, avait retenti jusque dans l'œil, au point qu'il avait cru que l'organe se déchirait.

Je l'examinai avec soin, et je n'y découvris aucun trouble ni lésion.

Je tranquillisai mon client, et il partit complètement rassuré. Moi-même je n'y avais plus songé, lorsque le lendemain je le vis revenir dans un état de consternation impossible à décrire. Il me dit que le malheur qu'il avait toujours redouté s'était réalisé, que l'extraction de la dent avait déterminé la perte de son œil gauche, que depuis le moment de l'opération il avait continué à ressentir dans l'alvéole des élancements qui se propageaient jusqu'à l'œil que celui-ci était resté larmoyant et que, dans l'après-midi, ayant fermé l'œil droit, il s'aperçut qu'il ne distinguait plus que les objets d'un certain volume.

Je procédai à l'examen de l'œil, et je reconnus qu'il n'existait d'autre lésion qu'une dilatation énorme de la pupille. Je me rassurai en pensant que j'avais affaire à une mydriase produite par réflexion de la lésion du rameau dentaire sur la troisième paire à laquelle sont subordonnés les mouvements de l'iris. Voulant un entier apaisement à cet égard, je fis regarder le malade à travers un petit trou pratiqué dans une carte au moyen d'une épingle. Par cette espèce de pupille artificielle la vue reprit toute sa force.

Il était évident que j'avais affaire à une simple mydriase, et que le trouble de la vue résultait uniquement de la trop grande dilatation de la pupille, qui permettait l'entrée d'une trop grande quantité de rayons lumineux.

Je calmai les craintes de mon malade. Prenant en considération la cause et la nature de cette mydriase, je pensai que le traitement devait être principalement dirigé contre l'irritation dont le nerf dentaire était devenu le siège par suite de l'avulsion de la dent. Je fis donc introduire de petits bourdonnets de coton, chargés d'extrait gommeux d'opium, dans l'alvéole et exécuter des frictions opiacées sur la joue. Sous l'influence de cette médication, la mydriase et le trouble de la vue qui l'accompagnait disparurent au bout de huit jours.

OBSERVATION L

**Extraction de la première grosse molaire supérieure gauche. —
Affaiblissement considérable de la vision. — Guérison**

En juillet, 1838, un garçon de dix-sept ans vint au Dispensaire pour obscurcissement de la vue du côté gauche, survenu assez brusquement.

Sa vue avait toujours été bonne des deux côtés, excepté depuis quatre jours. A ce moment, il avait souffert des dents et en avait fait arracher une par un droguiste, au côté gauche de la mâchoire supérieure. L'opération avait été bien faite, promptement et sans grande douleur. Le malade, au moment où la dent avait été mobilisée dans l'alvéole, avait aperçu devant l'œil gauche, un éclair brillant suivi de quelques autres moins intenses, qui s'étaient répétés à de courts intervalles pendant quelques minutes.

Une ou deux heures après, étant couché, il vit reparaitre les éclairs qui persistèrent environ une heure encore, puis cessèrent peu à peu. Le lendemain le malade s'aperçut que la vue de l'œil gauche était très affaiblie et que tous les objets paraissaient recouverts d'un brouillard épais. Il lui sembla aussi qu'une sorte d'anneau coloré tournait à l'intérieur de son œil. Au bout de quatre jours il remarqua une légère amélioration. A la consultation, la pupille gauche est un peu plus étroite que celle de l'œil, mais sa forme est parfaitement régulière et l'iris a conservé sa mobilité. L'organe paraît d'ailleurs tout à fait sain. Ce garçon est nervoso-sanguin, de bonne santé habituelle ; il n'a pas de douleurs dans l'œil, ni dans le sourcil, aucun symptôme de congestion cérébrale, aucun trouble des organes digestifs. S'il ferme l'œil droit, dont la vue est bonne, et qu'avec l'œil gauche il essaie de lire des caractères d'imprimerie qu'un œil normal distingue à quarante-huit pouces, il ne peut le faire qu'à quinze pouces, et avec peine ; si on diminue la distance les lettres paraissent beaucoup plus grandes,

mais troubles. Avec des caractères moitié plus petits il n'arrive pas à lire un seul mot, si rapprochée que soit la distance. Les verres concaves n'améliorent pas plus la vision que les verres convexes. Il semble que l'œil ne distingue plus aussi bien les couleurs.

La dent enlevée était la première grosse molaire de la mâchoire supérieure du côté gauche. Le doigt, en pressant sur l'alvéole, ne détermine aucune sensibilité anormale, aucun élancement douloureux ; il ne découvre aucune esquille du bord alvéolaire, aucun fragment de dent. On laissa faire la nature, et quinze jours plus tard la vue était nette, sauf pour les très petits objets. Le malade n'étant plus revenu, il est probable que sa guérison fut complète.

(*Hunter*).

OBSERVATION LI

Phlegmon orbitaire suivi de mort

A la suite de l'extraction de la première molaire inférieure droite un phlegmon orbitaire se déclare, le pus avait fusé le long des deux faces de la branche montante du maxillaire, pénétré dans les fosses zygomatique et sphéno-maxillaire ; puis, par la fente sphéno-maxillaire l'inflammation s'était étendue jusque dans la cavité orbitaire, et le paquet cellulo-adipeux, qui en remplit le fond, était gonflé, fortement injecté et infiltré de pus.

(*Teirlink*).

OBSERVATION LII

Inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'orbite consécutive à l'extraction d'une dent. Méningite. Mort. Autopsie.

S..., vingt-sept ans, cordonnier, s'était fait arracher une molaire de la mâchoire supérieure gauche. Quelques jours après larmolement de l'œil gauche, puis écoulement abondant et aqueux par la narine gauche. Le 17 avril 1830. pho-

tophobie et douleurs de tête, fièvre intense, gonflement de tout le côté gauche de la face. A l'hôpital de Prague, on ouvre un abcès à l'angle interne de l'œil, amélioration jusqu'au 8 mai. A ce moment il y avait prolapsus de l'iris à travers la cornée et le malade ne voyait plus de cet œil. Le 9, somnolence, vomissement. Le 10, le malade meurt dans les convulsions.

A l'autopsie, collection de pus dans le lobe antérieur gauche... La voûte de l'orbite était d'un gris bleuâtre et si friable que la moindre pression suffisait pour la perforer; à travers l'os une ouverture mettait l'abcès du cerveau en rapport avec celui de l'orbite. Le plancher de l'orbite était également perforé, de sorte que la sonde pénétrait dans l'antre d'Highmore et jusque derrière le voile du palais.

(Fischer.)

OBSERVATION LIII

Exophthalmie et perte partielle de la vue.

Henri L..., de Malone, âgé de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, alla au commencement du mois de novembre 1850 chez un médecin pour se faire extirper la mâchoire supérieure. Comme cette dent était extrêmement cariée, on ne parvint qu'à lui enlever quelques morceaux.

Le lendemain de cette opération, la joue droite était très gonflée, il ressentait une assez forte douleur à la tempe et derrière l'oreille du même côté. L'œil droit proéminait en dehors de l'orbite et il ne voyait plus de cet œil. Il fut obligé de garder le lit pendant quatre semaines, et après ce laps de temps il ne voyait encore que très peu. Peu à peu on vit tomber les restes de cette dent et le 2 juillet 1851 Henri L..., se trouvait dans l'état suivant :

La tête et penchée à droite. La joue de ce côté est encore un peu gonflée, la paupière inférieure est tiraillée en bas

et en dehors, le malade dit éprouver de la douleur dans ce côté de la tête chaque fois qu'il se baisse.

L'œil est intact, la vue assez bonne, mais le malade assure qu'elle n'est pas aussi forte que du côté gauche, et qu'elle n'est pas aussi bonne qu'avant l'extirpation de sa dent.

OBSERVATION LIV

Périostite orbitaire à la suite d'extraction

Le nommé Constant D..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva le 11 janvier 1852 un violent mal de dent, causé par une carie de l'avant-dernière molaire inférieure droite. Le mal n'ayant fait qu'augmenter pendant deux jours, cet homme se décida à se faire arracher sa dent cariée par le Dr F...

L'avulsion de la dent donna lieu à une hémorragie assez abondante; la douleur fut ainsi calmée mais bientôt elle se réveilla avec une nouvelle intensité, tout le côté droit de la face devint le siège social d'une vive sensibilité, et un léger gonflement se déclara tout d'abord.

Le lendemain, la douleur et le gonflement étaient augmentés, le malade ressentait des battements pénibles dans la région temporale droite qui était chaude et tendue en même temps qu'il souffrait beaucoup dans le fond de la cavité orbitaire. Un cataplasme émollient fut appliqué sur cette partie de la face, et le malade resta couché. Pendant la nuit il eut une abondante transpiration, en même temps qu'une hémorragie assez forte par les narines.

Le 16 au matin, je vis le malade; la joue et le côté droit de la face, les paupières et l'oreille sont gonflées, la conjonctive oculaire est rouge, et il y a un léger chémosis, la vue est trouble de ce côté, et il y a hypersécrétion de mucosités à cet œil. La bouche ne peut s'ouvrir qu'incomplètement, il y a manque d'appétit, le pouls est accéléré, et

la douleur existe particulièrement dans le fond de l'orbite. On prescrit douze sangsues derrière l'oreille, un collyre avec l'eau de roses et le sulfate de zinc, un purgatif salin et la diète.

Le 17, le chémosis a disparu, l'œil est moins rouge, le gonflement de la joue a diminué, enfin on observe une diminution de tous les symptômes énoncés plus haut.

L'injection oculaire a beaucoup diminué le 18, le malade ne se plaint plus que d'une gêne douloureuse dans la mâchoire inférieure qui se fait particulièrement sentir vers l'articulation. On accorde deux soupes au malade.

Le 20. La face est complètement dégonflée, l'œil est rentré dans son état normal, la vue est redevenue bonne, et le malade est considéré comme guéri, quoique ne pouvant pas encore reprendre son travail.

OBSERVATION LV

Rupture de la cornée, par suite de l'extraction d'une dent; staphylome. — Opération. (Résumé.)

M. Desbaus, professeur de mathématiques au collège de Cherbourg, à la suite d'une névralgie dentaire, se fit extraire la première molaire du côté droit; l'os maxillaire fut brisé en plusieurs esquilles. Deux mois plus tard un médecin crut reconnaître une fistule du sinus et une carie de l'os maxillaire. Il enleva la molaire voisine, pénétra par là avec un crochet dans le sinus, et arracha violemment un fragment du maxillaire. Il n'y avait d'ailleurs ni carie ni abcès.

A l'instant même où l'os maxillaire fut brisé à M. D..., en même temps qu'il éprouva une douleur effroyable, ses deux yeux se dévièrent de leur axe; il perdit en quelque sorte la faculté de voir: tout lui parut confus.

Tout le côté correspondant de la tête lui sembla comme paralysé.

Le lendemain la vision était revenue du côté gauche ; mais à droite du côté opéré, les objets paraissaient recouverts d'un épais brouillard ; la conjonctive était rouge, la sécrétion des larmes abondante ; il y avait un commencement de photophobie. Le soir même la cornée prit un aspect terne, et malgré tous les traitements, au bout de huit jours la cornée se rompit.

Il y eut hernie de l'iris, puis staphylome, qu'on opéra ; la vue revint un peu, le malade distinguant le jour des ténèbres et percevant même le passage de la main.

Il persista une fistule du sinus qui laissait continuellement suinter une sécrétion salée.

(*Duval*).

Les troubles inflammatoires consécutifs à une extraction ne sont pas très rares, surtout lorsqu'elle a porté sur une dent atteinte de périostite : l'acte opératoire semble agir ici comme un traumatisme donnant une nouvelle poussée aux éléments septiques ; mais le plus souvent, cette réaction morbide est légère, fugace, se traduisant par une douleur plus ou moins intense et un gonflement presque toujours imperceptible. Dans quelques cas pourtant, les bactéries semblent trouver dans ce coup de fouet une vivacité intense, pour produire en 24, 48 heures des désordres considérables ; ils peuvent retentir sur l'œil, et les exemples que nous fournissent les observations ci-contre ne sont point différents à cet égard de ceux imputables à la périostite : la seule particularité qu'ils semblent posséder, c'est d'être toujours aigus. Signalons encore un cas rare de phlegmon orbitaire dont le point de départ est une dent de la mâchoire inférieure, le pus ayant fusé

le long de la branche montante du maxillaire, jusque vers la fente sphénoïdale.

Les phénomènes nerveux ou réflexes comprennent un cas de mydriase, un cas de cécité qui guérit, un qui persiste indéfiniment, et enfin le cas curieux relaté par M. Tellier. Ils procèdent de la même pathogénie, et le point de départ réside dans une excitation du trijumeau dont les fibres sont tiraillées et déchirées au moment de l'avulsion.

Dent à Pivot, Dentiers, Obturation, etc.

Il nous reste à voir une série d'états pathologiques qui auraient pu prendre place dans l'un ou l'autre des chapitres précédents; dans celui de la carie, dans celui de la périostite. Mais les observateurs qui les ont publiés semblent en faire des cas autonomes, moins par les troubles sensoriels qu'on y rencontre, que par le point de départ qu'ils croient devoir assigner aux perturbations fonctionnelles. Voyons les faits, nous en discuterons ensuite la valeur.

OBSERVATION LVI

Névralgies paroxystiques et blépharoptose

Fox rapporte un cas de névralgie atroce, dans lequel le malade ne pouvait prendre que des liquides, parce que au moindre contact les dents provoquaient un paroxysme. Il y avait salivation abondante et chute de la paupière. La blépharoptose disparut deux jours après l'avulsion d'une molaire supérieure cariée, mais les autres symptômes ne cédèrent qu'à l'extraction de toutes les dents restantes. Les racines étaient affectées d'exostoses.

(*Tomes*).

OBSERVATION LVII

Amaurose de l'œil droit soulagée par l'enlèvement de l'obturation d'une dent cariée du côté correspondant et finalement guérie par l'extraction de la dent.

M. J. P..., commerçant, âgé de trente-un ans, de bonne constitution et de santé toujours excellente, s'aperçut au mois de juin 1856, pour la première fois, en tirant un coup

de fusil, qu'il était aveugle de l'œil droit. A ce moment il n'avait aucune douleur dans l'œil, il n'en éprouva pas depuis et il n'y eut jamais de photopsie. La vision était perdue sans qu'il pût en donner une raison quelconque. L'œil resta dans ces conditions pendant près de douze ans ; il pouvait seulement distinguer le jour des ténèbres, mais rien de plus. Le 24 décembre 1867, en causant avec lui, je m'enquis de l'état de son œil et entrepris de découvrir la cause probable de la maladie. Dirigeant mes recherches du côté des dents, j'appris qu'environ deux mois avant l'accident, il avait eu plusieurs dents obturées, et que peu de temps après l'une d'elles avait été extraite à cause des souffrances qu'elle lui occasionnait. Les autres dents ne lui avaient jamais causé d'ennui. Au cours de mon examen je trouvai une large cavité dans la première bicuspidé de la mâchoire supérieure du côté droit, laquelle avait été adroitement comblée de métal blanc. Il y avait aussi une ouverture fistuleuse sur l'alvéole opposée à la dent, et, sans doute, s'étendant à la racine.

Il me dit qu'il avait eu longtemps un peu de sensibilité et de douleur en ce point, et que très fréquemment il s'y formait un abcès qu'il ouvrait avec son canif. Présument que l'amaurose était due à l'irritation du trijumeau, je conseillai l'extraction immédiate de la dent. M. P..., naturellement très timoré, s'y opposa. J'enlevai alors le plombage de la dent, dans l'espoir de produire une contre-ouverture par laquelle j'espérais fermer la fistule et combattre l'irritation.

C'est ce qui arriva. La fistule se ferma, la douleur de l'alvéole se calma et la vision revint graduellement. Une petite masse de pus sortit de la dent aussitôt que le plombage fut retiré. Environ trois semaines plus tard (le 12 janvier 1868) alors que l'œil était redevenu presque aussi bon que son congénère, la douleur reparut au niveau de la gencive, et la vision du même coup devint trouble.

Le 19 janvier. — J'enlevai la dent, et le trouble disparut immédiatement.

Aujourd'hui 28 janvier 1868, M. P..., y voit aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche, sauf pour les très petits objets. Il n'y avait aucun corps étranger à la racine de la dent, son intérieur était rempli de pus qui ne communiquait plus avec la cavité.

(*de Witt de Whitchall*, Illinois).

OBSERVATION LXIII

Asthénopie accommodative et aurification dentaire

Un jeune homme souffrait, depuis quelque temps déjà, de son œil droit ; il consulta plusieurs confrères, qui constatant une asthénopie accommodative, le gratifièrent de lunettes à verres convexes. Je l'examinai avec la plus grande attention, et ne trouvai ni hypermétropie, ni astigmatisme. Mais l'asthénopie était arrivée à un tel point, qu'il ne pouvait plus se livrer à aucun travail. Ses deux molaires supérieures droites étaient cariées et aurifiées ; je cherchai alors la sensibilité à la pression des nerfs sus et sous-orbitaires, car c'est là la pierre de touche de ces affections. Il accusa immédiatement une vive douleur. Les dents étaient aurifiées depuis deux ans, et de ce temps-là dataient les troubles oculaires.

Tout l'or que contenaient les deux cavités dentaires fut enlevé, et il se produisit un soulagement instantané, à tel point que le jeune étudiant vint me trouver en affirmant qu'il était guéri. Mais je fis faire l'extraction des deux dents, et depuis ce jour il put reprendre ses études.

(*Galezowski*, 1888).

OBSERVATION LIX

Choroïdite et lésion dentaire

Demoiselle S..., âgée de vingt ans, a un tempérament lymphatique, une constitution faible et une menstruation irrégulière. Sa santé est bonne. Depuis trois semaines, elle

a remarqué que la vision de son œil avait graduellement diminué, sans que l'œil soit devenu rouge ou douloureux.

Le 26 novembre 1888, elle vient me consulter. Voici ce que je constate.

Œil gauche. — Emmétrope. Acuité de la vision normale. Amplitude de l'accommodation, 10 dioptries; normale.

Œil droit. — Acuité de la vision réduite à $1/10^e$. A l'éclairage oblique, la cornée présente à la partie postérieure une série de petits points, d'une coloration d'un blanc grisâtre. Ces points sont massés un peu au-dessous du champ pupillaire. L'iris est normal. Les contractions de la pupille sont lentes; il n'y a pas de synéchies postérieures.

Le corps vitré est transparent. A l'ophtalmoscope, image renversée, on voit au-dessus de la papille une tache d'un brun rougeâtre foncé, sur laquelle passent les vaisseaux de la rétine en faisant une courbe nettement accusée. Cette tache, dont la saillie est démontrée par les mouvements parallaxiques, a un reflet mat. Elle ne présente pas de traces de pigment à son pourtour. Elle a l'étendue d'environ un tiers du diamètre de la papille.

Il n'y a pas de staphylome postérieur. La papille est légèrement hyperémiée, si on compare sa coloration à celle de l'œil gauche.

Légère sensibilité de l'œil à la lumière.

Le 1^{er} décembre. — Même état. Depuis deux jours, la malade éprouve une douleur très vive à la première molaire supérieure droite, toutes les fois que les aliments viennent s'appuyer sur cette dent. Elle m'apprend alors que cette dent a été plombée dans les premiers jours de novembre. En pressant avec le doigt sur cette dent, comme si je voulais l'enfoncer dans sa cavité, je détermine des douleurs et l'œil droit devient aussitôt larmoyant.

Je conseille l'ablation de la dent, qui est refusée énergiquement par la malade et par sa mère. En présence de ce refus, qui a pour base des motifs cosmétiques, j'émetts l'avis qu'il y a lieu de faire déplomber la dent et que cette opéra-

tion est urgente, absolument nécessaire et indispensable.

Le 6. — La dent a été déplombée le 2. L'acuité de la vision est égale à $1/2$. La cornée présente quelques points opaques, mais en petit nombre. La lésion choroïdienne est à peine appréciable.

Le 13. — Etat normal de l'œil. Absence de lésions cornéennes et choroïdiennes. L'acuité de la vision égale l'unité. L'amplitude de l'accommodation est de 10 dioptries.

Le 20. — La dent a été plombée de nouveau le 18. L'acuité de la vision est réduite à $1/6$, sans troubles apparents dans la circulation de la choroïde. L'amplitude de l'accommodation est de 4 dioptries. Je conseille au plus tôt le déplombage de la dent, qui est fait le jour même.

Le 26. — Etat normal de l'œil.

(Sous).

OBSERVATION LX

Blépharospasme guéri par la cessation de l'usage d'un dentier

Mme B... se présente à la clinique de M. Galezowski pour un spasme de l'orbiculaire de l'œil droit : les paupières sont fortement agitées de mouvements brusques qui cessent un instant, pour disparaître ensuite, la malade éprouve une grande gêne pour la vision, qui devient impossible au moment des spasmes ; il sont d'assez longue durée pour l'empêcher par moments de se conduire. M. Galezowski recherche dans tout l'appareil visuel et son voisinage la raison de ce trouble fonctionnel, ne trouvant rien qui l'explique il explore l'état des dents ; la malade porte un dentier, il lui est ordonné de le quitter pour quelques jours.

Le lendemain le blépharospasme a disparu, se croyant guérie, la malade pense qu'il n'y a aucun inconvénient à replacer le dentier. Alors le spasme réapparaît et la malade revient à la consultation. Cette fois il fut facile d'obtenir

une nouvelle guérison : l'usage du dentier fut proscrit et l'effection cessa pour ne plus se reproduire.

(Métras).

OBSERVATION LXI

Perte progressive de la vue due à une dent à pivot

M. X... eut, en 1845, la dent canine gauche attaquée par une carie molle qui la réduisit à une simple coque ; le nerf dentaire fut détruit par déchirure et la dent devenue insensible fut aurifiée.

En 1846, en mangeant, la coque d'émail très amincie se brisa, et il ne resta que la racine ; une dent artificielle à pivot remplaça la dent naturelle ; rien de particulier ne se passe jusqu'en 1850 ; au mois de juin à la suite d'un long voyage, M. X... fit renouveler la dent, qui fut implantée avec force dans la racine ; dès le lendemain l'œil correspondant, sans être douloureux, ne voyait les objets qu'à travers un nuage ; une tâche noirâtre, une mouche, couvrait tous les objets et suivait les mouvements de l'œil. Après quelques jours de cet état, la vue devenait de plus en plus trouble. M. Desmarres prescrivit des sangsues à l'anus, des purgatifs, des frictions iodurées s'adressant aussi à une congestion de la choroïde. Il y eut un peu d'amélioration, et après deux ou trois mois tout semblait revenu à l'état ordinaire ; cependant l'axe visuel avait dû subir une déviation, ce dont M. X... s'aperçut à la chasse ; contre son habitude, il manqua constamment de tuer à belle portée.

A plusieurs reprises, les accidents se reproduisirent et enfin en 1852 ils augmentèrent tellement que la vue du côté gauche était entièrement compromise au point de ne pas distinguer les traits d'une physionomie, à ne pas reconnaître les personnes. Il parla de cela à M. Buchez, son dentiste, qui n'hésita pas à l'attribuer à la dent ;

il constata une douleur à la pression dans la fosse canine et conseilla l'avulsion de la racine, laquelle fut pratiquée de suite à l'aide d'un tirefond. A l'extrémité de cette racine adhérait un paquet de tissu vasculaire gris, gros comme une cerise, ce dont s'applaudit beaucoup M. Buchez ; il y eut un écoulement de sang assez modéré. Dès le lendemain, la vue s'éclaircit ; tous les jours les progrès étaient très sensibles ; quinze jours après il n'y paraissait plus. Depuis, jamais il n'y a eu le moindre accident, le parallélisme s'est parfaitement rétabli, ainsi que maintes fois M. X... a pu le constater.

(Desmarres).

Parmi ces relations, l'observation XL due à Métras, n'est remarquable que par la cause qui produit le blépharospasme ; l'interprétation pathogénique ne doit pas différer de celle des autres spasmes de l'orbiculaire.

L'observation LVI est intéressante par les exostoses nombreuses qui siègent sur une grande partie du système dentaire.

Par contre, dans le reste des publications, on voit quelques auteurs mettre en cause une dent à pivot, un amalgame, une aurification, alors que, en réalité, l'origine des troubles oculaires réside dans la lésion dentaire elle-même, dans la périostite. Voici, en effet, comment le Dr Sous, de Bordeaux, interprète les faits qui font le sujet de sa publication (obs. LIX).

« Le cas que j'ai observé me paraît digne d'être mentionné, car il a une allure spéciale, complètement nouvelle, et même nullement signalée jusqu'à ce jour.

« Dans ce cas, la relation entre le plombage de la dent

et l'apparition de la lésion oculaire est évidente et indiscutable. Il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence survenue une fois et par hasard, mais bien d'une relation de cause à effet. Les troubles oculaires se présentent deux fois et d'une manière régulière après chaque plombage de la dent, et ils disparaissent rapidement et comme par enchantement aussitôt que la dent est débarrassée de son contenu. La marche de la maladie, son apparition brusque, sa guérison rapide, tout indique qu'il n'y a pas eu une simple coïncidence. L'opération dentaire a bien été le point de départ des accidents oculaires.

« Comment interpréter le développement de la maladie ? On ne le peut qu'en admettant une action réflexe du nerf maxillaire supérieur sur la branche ophthalmique de Willis. C'est, du reste, par l'influence du nerf de la cinquième paire, qu'on explique les lésions oculaires à la suite d'altérations dentaires. »

Et il cite à l'appui de son opinion, deux cas qu'il rattache au sien, l'un dû à Manzini, l'autre à Galezowski.

Mais, et ici nous ne voulons point discuter la nature de cette choréïdite, comment une obturation faite de matériaux inertes peut-elle produire des troubles inflammatoires ou réflexes, si la dent elle-même n'est pas atteinte de pulpite ou de périostite ?

Pourtant, l'enlèvement de l'obturation amène la guérison. Sans doute, mais par le seul fait que vous laissez une porte d'échappement aux produits inflammatoires, vous abaissez considérablement leur taux de nocivité : c'est le fait de la « cavité close ».

Il est cependant un cas où une obturation pourrait

par elle-même produire de la douleur et des névralgies dans une dent indemne de tout processus septique; c'est lorsque la pulpe saine n'étant plus protégée que par une couche très mince de dentine, une obturation tassée trop fortement vient l'irriter et *a priori* cette névralgie d'origine mécanique doit pouvoir s'accompagner des mêmes troubles réflexes; mais *a posteriori* les auteurs n'ont publié aucun cas de ce genre, et il ne faut incriminer l'obturation en elle-même qu'après bien des hésitations : il est très rare, dans ces cas douteux, que la pulpe ne soit pas atteinte par le processus septique jusque-là endormi.

Toutefois, rappelons-nous le rôle joué dans tous ces cas par l'obturation : nous verrons à en tirer un enseignement thérapeutique, et signalons ces cas de cécité guéris très rapidement après dix et douze ans d'existence.

Pathogénie

Si l'on admet aujourd'hui à peu près sans restriction l'existence certaine de relations pathologiques entre les organes de la vision et les organes dentaires, il s'en faut de beaucoup que l'accord soit fait sur les diverses explications que l'on peut donner de ces relations morbides. Les observations deviennent chaque jour plus nombreuses qui mettent en évidence le retentissement sur l'œil et ses annexes des affections de l'appareil dentaire ou des incidents multiples de son évolution, et cependant le côté pathogénique de cette question est loin d'être élucidé. Quelques mémoires originaux se sont occupés spécialement de ce point particulier, mais dernièrement encore le Dr Pont, dans un article du *Lyon Médical*, 1898, où il relatait de nouveaux cas personnels, écrivait que leur explication pathogénique était difficile et il se bornait à signaler les deux théories, réflexe et inflammatoire, sans les discuter et surtout sans prendre parti pour l'une ou pour l'autre.

Faire des accidents oculaires d'origine dentaire le résultat d'un trouble purement dynamique du système nerveux, d'un réflexe, ou bien les regarder comme des phénomènes inflammatoires par extension du travail irritatif alvéolo-dentaire, étaient les deux solutions naturelles qui devaient de prime abord se présenter à l'esprit lorsqu'on embrassait l'ensemble des cas obser-

vés; et de fait cette distinction se trouve dans les premiers travaux parus sur la question (Tierlinck 1848). Métras, cependant, en 1873, rassemble dans sa thèse les faits connus à cette époque, sans établir leur signification précise et prépare les matériaux pour des discussions ultérieures, plus qu'il n'ouvre lui-même le débat. Quelques articles parus dans divers périodiques, ainsi le mémoire de Weinberg dans le *Recueil d'Ophthalmologie*, 1882, de Galezowski dans le *Progrès Médical* de 1888 discutent l'origine réflexe ou inflammatoire des cas nouveaux observés par les auteurs. Il faut arriver à la thèse de Courtaix (Paris 1891) pour trouver le premier travail d'ensemble sérieux.

Courtaix divise nettement les accidents oculaires en deux groupes : phénomènes inflammatoires, phénomènes nerveux; mais il leur fait une part très inégale. Pour lui les accidents d'ordre inflammatoire se bornent à proprement parler au phlegmon de l'orbite et aux abcès de la région périorbitaire; c'est-à-dire qu'il n'admet comme le produit de l'inflammation que les complications où il trouve du pus. Il ne fait que signaler en terminant l'amaurose, l'exophthalmie, la mydriase, le strabisme, le ptosis, tous phénomènes cliniquement d'ordre nerveux, qu'il rejette délibérément sans dire pourquoi dans le groupe des phénomènes nerveux. Cette catégorie renferme donc pour lui tous les autres accidents observés sur l'œil et ses annexes : troubles de la sensibilité, de la motilité, de

la vasodilatation et de la nutrition. Ce sont d'après Courtaix des réflexes, mais il ne trouve à l'appui de son dire que ceci: c'est que ces accidents obéissent rigoureusement aux lois des réflexes établies par Pflüger.

Loi de l'unitéralité: l'œil atteint est du même côté que la dent malade;

Loi de la symétrie: l'autre œil se trouve quelquefois pris à son tour;

Loi de l'intensité: le second œil est toujours moins touché que le premier;

Loi de l'irradiation: ptosis, strabisme, paralysie faciale par extension aux nerfs voisins des troisième, sixième et septième paires;

Loi de la généralisation: le processus peut gagner de haut en bas le plexus brachial.

Nous ne nous attarderons pas à discuter sur ce point; les remarques cliniques que l'auteur a faites peuvent aussi bien être invoquées en faveur de la théorie inflammatoire. L'inflammation atteint d'abord l'œil du même côté que la dent malade par la raison toute simple qu'il est le plus près et que de multiples voies de propagation y aboutissent; une névrite des branches du trijumeau peut bien s'étendre aux nerfs voisins, vu la richesse des anastomoses nerveuses de la région; de plus il est un cas de paralysie faciale observé par Courtaix dans lequel un empâtement formant « une masse dure, régulière, avec une infiltration épaisse » dans la région parotidienne jusqu'à l'oreille et à la tempe, rend bien invraisemblable l'hypothèse d'une paralysie réflexe. Enfin sur les

nombreux cas cités par les auteurs on a, croyons-nous, signalé au plus deux paralysies brachiales ; c'est peu pour y voir une application des lois de Pflüger.

Courtaix admet encore comme réflexes l'amblyopie et l'amaurose par inhibition des centres nerveux, ou d'après Brown-Sequard par l'intermédiaire de troubles vasculaires vasoconstricteurs. Ceux-ci, d'ailleurs, pourraient être suivis de vasodilatation persistante et ultérieurement de troubles trophiques qui expliqueraient les lésions ophtalmoscopiques et la dégénérescence du nerf optique qu'on a observées. Les centres nerveux inhibés seraient le cerveau, ou le ganglion ophtalmique d'après les recherches de Stelway, von Carion, de Marchal, de Calvi, ou encore le ganglion de Gasser.

Les hypothèses d'autres auteurs incriminant une névrite étendue progressivement à toutes les branches du trijumeau, ou la formation de produits plastiques comprimant les nerfs de l'orbite (Salter) ou enfin une origine infectieuse analogue à celle de l'ophtalmie sympathique (Kniès-Deutschmann) sont simplement indiquées en quelques mots sans aucune discussion. Courtaix, en somme, fait de tous les accidents nerveux des troubles d'origine réflexe sans en donner de preuves valables ; on a, en le lisant, l'impression qu'il a été surtout frappé par la disparition assez rapide de ces complications oculaires lorsque le traitement causal a été institué. Il n'en est pas ainsi pourtant dans tous les cas et l'on a signalé des cas de cécité qui ont persisté après la disparition de l'irritation dentaire.

L'étude critique du Dr A.-F. Mathieu (1894) est à notre avis le travail le plus important qu'on ait écrit sur cette question. Nous n'avons pas la prétention d'en donner une idée complète, car très riche de faits et sobre dissertations théoriques il faudrait le transcrire presque *in extenso*. Nous nous contenterons d'en faire un résumé succinct. L'auteur admet les deux grandes classes de troubles réflexes et troubles par propagation du processus inflammatoire et pour chaque division secondaire il discute les théories émises en les rapprochant des faits minutieusement observés.

Dans la première catégorie des troubles réflexes, que l'on pourrait dénommer pour plus de clarté, troubles fonctionnels ou dynamiques de l'œil et de ses annexes, il range avec les auteurs les accidents oculaires sous quatre chefs principaux :

Modifications de la sensibilité spéciale : l'hypéresthésie rétinienne vraie, sans photophobie ni larmoiement, c'est-à-dire indépendante de tout symptôme subjectif pouvant en imposer pour une lésion irritative des filets sensibles du trijumeau, l'anesthésie ou l'hypoesthésie de la rétine (amaurose, amblyopie), doivent être mises en grande partie sur le compte de l'hystérie ou de certaines affections cérébrospinales, sclérose en plaques, syringomyélie; or, les observations des auteurs sont fort incomplètes à ce point de vue;

Modifications de la sensibilité générale : si on en exclut les algies de nature hystérique, comme le syndrome de la kopiopie de Fœrster, ou les névralgies symptomatiques d'autres lésions siégeant dans la

sphère d'innervation du trifacial (sinusites, rhinites), il reste peu de chose pour les accidents d'origine dentaire vraie ;

Modifications de la motilité : la mydriane, le myosis bien que pouvant être de nature réflexe, sont bien souvent aussisous la dépendance de lésions cérébrales, d'intoxications, de névroses ; les strabismes divers peuvent appartenir au domaine de l'hystérie, de la période préataxique du tabes dorsal ; Mathieu n'a pas trouvé une observation de ptosis vrai en relation avec une affection dentaire ; il peut n'être que le début d'un tic convulsif de la face ou d'un hémispasme facial qui se complète plus tard et il faut incriminer souvent l'hystérie, parfois la chorée mineure ; la paralysie faciale, surtout les monoplégies brachiales sont aussi hystériques. Il peut enfin exister des inflammations de la région nasopharyngienne, se communiquant ou non aux sinus et donnant aussi naissance aux troubles oculaires.

Modifications des sécrétions : celles-ci sont plus communément d'ordre réflexe et l'auteur ne cite pas de cas qui aient une autre origine ;

Modifications de l'irrigation sanguine et de la nutrition : les troubles vasomoteurs purs, hyperhémie et injection ciliaire, sont bien des réflexes dont les dents peuvent être le point de départ au même titre que le nez, les sinus, les amygdales ou le pharynx. Mais pour les altérations plus complexes, iritis, kératites, cyclites, épiscélrites, glaucomes (observation remarquable de Redard *in Gazette médicale de Paris*, 1886), on ne saurait admettre une origine réflexe pure que Gandard

(thèse de Lyon, 1893) estime même complètement abandonnée. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur cette question, car ce ne sont plus là à proprement parler des troubles purement fonctionnels ; ils dépendent, au contraire, de lésions organiques dont il ne reste qu'à discuter la nature.

Dans la seconde catégorie, celle des accidents oculaires par propagation du processus inflammatoire, Mathieu envisage le phlegmon de l'orbite et les voies d'extension de l'infection dentaire. Il donne une nouvelle explication des troubles visuels subjectifs, attribuables à une impuissance ou à un affaiblissement fonctionnel du nerf optique, coïncidant avec une sinusite ou avec une inflammation des tissus de l'orbite ; on peut les rattacher à la névrite optique rétrobulbaire, à laquelle il faut toujours penser « dans tous les cas d'amblyopie sans signes ophtalmoscopiques et, *a fortiori*, lorsqu'on remarque soit une ébauche d'ischémie ou de stase rétinienne, soit un scotome central, »

« D'après Fuchs, cette maladie, dans sa forme aiguë, est caractérisée par l'apparition brusque d'une amblyopie allant parfois jusqu'à la cécité. L'œil paraît normal extérieurement, sauf la mydriase qui est inconstante. L'examen ophtalmoscopique ne révèle souvent pas d'altération papillaire. Quelquefois on remarque un peu d'engorgement vasculaire ; d'autres fois, au contraire, de l'anémie rétinienne. Il y a souvent violente céphalalgie et douleurs sourdes dans l'orbite. Ces douleurs s'exagèrent quand on refoule le globe en arrière.

« Il faut presque toujours s'en rapporter aux carac-

tères subjectifs des troubles visuels pour porter le diagnostic. Le scotome, central d'ordinaire, peut s'étendre jusqu'à la périphérie du champ visuel quand le processus névritique est passé du centre du nerf (faisceau maculaire) à la zone externe. Fréquemment la vue s'améliore et redevient même normale; parfois aussi le scotome est définitif. Mais cette forme de névrite est susceptible de se compliquer d'une inflammation des gaines du nerf et de périnévrite. On voit alors les limites de la papille devenir moins distinctes et les artères se réduire de volume. La vue, dans la périnévrite simple, peut se montrer longtemps assez satisfaisante, et l'amblyopie ne devient jamais aussi prononcée que dans l'atrophie progressive (de Wecker), »

Quant à la nature même de cette névrite optique, elle est évidemment inflammatoire, étant donnée son étiologie; on ne saurait discuter que sur le mode de production des lésions nerveuses : extension de la périostite orbitaire, soit aux tissus mous de l'orbite et au nerf qu'ils entourent, soit au périoste du canal optique amenant ainsi comme une interruption de la conduction nerveuse. Il faut rejeter l'hypothèse de Moldenhaner d'une imbibition séreuse de la gaine du nerf optique d'origine réflexe, à cause de l'apparition possible d'une cécité définitive et de la forme centrale que revêt parfois l'amblyopie.

Enfin, Mathieu discute la question des iritis dont il admet après Ziem, l'origine infectieuse. C'est aussi à cette conclusion qu'aboutit le mémoire du Dr Péchin (*in Recueil d'ophtalmologie*, 1876). Ces iritis sont com-

parables aux iritis puerpérales chez la femme; dans ces deux infections, on observe une forme bénigne, séreuse ou plastique et une forme grave, iridochoroïdite suppurative. Certaines observations comme celles du Dr Brunschwig du Havre, viennent confirmer ces données. Badal et Fromaget (Bordeaux 1894) qui admettaient l'origine réflexe d'iritis au cours d'empyème de l'antre d'Highmore ne donnent comme arguments que l'ignorance où l'on est des voies que pourrait suivre le pus et l'obligation dans laquelle se trouveraient les microbes arrivés dans l'œil de produire plus que de la congestion, de faire du pus. Nous verrons ultérieurement ce que nous devons penser de cette première raison anatomique invoquée par ces auteurs; quant à la seconde, les progrès de la bactériologie en ont fait justice et l'on sait bien qu'une inflammation locale peut tourner court à cette première phase congestive; sans compter d'ailleurs que l'on peut incriminer comme facteurs puissants de congestion outre les microbes au moins leurs toxines et leurs effets vasomoteurs.

Les recherches récentes tendent donc peut-être à restreindre le nombre des cas où l'influence directe, immédiate, des troubles dentaires sur l'appareil oculaire était admise auparavant, sans conteste, il est vrai, mais aussi sans précision, en invoquant une action réflexe, en somme toute hypothétique. Par contre, l'esprit accepte plus facilement l'existence de ces relations morbides, la plupart assises sur la base plus solide de lésions inflammatoires propagées par extension progressive.

Nous allons essayer d'indiquer brièvement les idées que nous nous sommes faites à la lecture des auteurs sur le mécanisme des divers troubles visuels que l'on a observés.

Tout d'abord, il nous paraît nécessaire de distinguer deux grands groupes de faits d'après les circonstances étiologiques qui les accompagnent.

Dans un premier groupe, nous rangerons les troubles oculaires survenus après une opération quelconque sur les dents ou à l'occasion de l'apparition plus ou moins difficile d'une dent. Dans ce cas, on voit survenir brusquement des phénomènes variés : de l'amblyopie pouvant aller jusqu'à la cécité, du larmolement, un peu de vascularisation de la conjonctive, des strabismes, etc. ; le retentissement peut devenir général et surtout chez les enfants, on observe des convulsions, du méningisme. C'est une dent qui a été arrachée, ou qui ne pouvait percer une gencive trop épaisse, ni refouler une dent voisine ; l'obstacle purement mécanique est enlevé, il n'y a aucune trace d'inflammation et tous les accidents disparaissent sans retard. Rien en cela n'éveille l'idée d'un travail inflammatoire quelconque ; la douleur, l'ébranlement nerveux entrent seuls en jeu.

Les complications oculaires sont ici d'ordre dynamique ; ce sont des réflexes à point de départ dentaire. Partie du nerf maxillaire, le supérieur ordinairement, l'irritation se transmet au nerf optique et à la rétine, à la branche ophthalmique, aux nerfs oculomoteurs, aux filets sympathiques par l'intermédiaire du cerveau, ou des anastomoses si nombreuses qui existent entre ces

différents nerfs, ou encore grâce à ces carrefours nerveux de la plus haute importance qui sont constitués par les ganglions nerveux, ganglions de Gasser, ganglions ophthalmiques, etc.

Mais l'influence de l'état général nous paraît être indéniable et nous estimons que ces accidents apparaissent plus souvent chez les individus prédisposés, chez des nerveux; l'hystérie peut être mise en cause; enfin les maladies cachectisantes entrent pour une part dans l'étiologie de ces complications, témoin ce malade de M. Tellier qui, syphilitique et paludéen, eut une cécité brusque due à une hémorragie de la macula consécutive à une avulsion dentaire. Quoi qu'il soit, avec ou sans prédisposition, c'est le traumatisme dentaire qui est la cause occasionnelle des accidents.

Nous avons omis à dessein, d'une part, les complications inflammatoires à la suite d'avulsion, et les complications d'ordre nutritif dans le cours d'une dentition difficile : les premières ne diffèrent point de celles qui accompagnent la périostite et dont nous allons discuter la pathogénie.

Quant aux secondes, nous aurons l'occasion d'en reparler plus loin.

Notre second groupe se rapporte aux complications oculaires se produisant au cours d'une affection dentaire, carie et périostite. C'est à leur propos que Mathieu et Péchin ont exposé leurs idées. Si on envisage les conditions anatomopathologiques et cliniques de la carie dentaire on s'explique aisément les controverses auxquelles elle a pu donner naissance. La dent cariée est une source d'infection et de douleur. La souf-

france n'est pas constante; nombreux sont les cas où l'oculiste n'a recouru à l'examen de l'appareil dentaire qu'en dernier lieu, alors que le malade, n'ayant jamais eu à se plaindre de ses dents, n'avait pas attiré l'attention de ce côté et avait subi inutilement plusieurs traitements. Par contre, le foyer infectieux persiste tant que la dent n'a pas été l'objet d'un traitement rationnel. Nous nous trouvons donc en présence de deux facteurs d'inégale importance : la douleur, source possible de retentissements à distance, qui peut manquer, et l'infection, qui existe toujours. Ceci permet déjà de prévoir quelle sera la nature de la majeure partie des complications oculaires de la carie, et nous sommes en accord sur ce point avec les auteurs qui ont fait les recherches les plus récentes et les plus approfondies.

Etudions d'abord les accidents que l'on peut mettre sur le compte d'un réflexe. Ce sont toutes les modifications de la sensibilité spéciale ou générale de l'œil, de la motilité, des sécrétions et de l'irrigation sanguine. Mais il nous faut faire là dessus de grandes réserves. Il est absolument indispensable avant d'affirmer pour une affection de l'œil sa dépendance étroite, immédiate, vis-à-vis d'une lésion dentaire, de faire un examen complet du sujet et d'éliminer avec soin des causes d'erreur nombreuses. L'hystérie doit surtout occuper la pensée du médecin et après toutes les névroses, les intoxications et certaines maladies cérébrospinales. La nature réflexe doit être d'autant plus suspecte que l'affection dentaire est plus aiguë, car on a remarqué que ce sont surtout les inflammations

chroniques qui donnent lieu aux complications oculaires. On comprend bien que chez des sujets prédisposés, condition nécessaire comme l'estime Terrier, une poussée aiguë détermine des manifestations d'une maladie générale, symptômes nouveaux que l'on est naturellement porté à mettre sur le compte de l'étiologie dentaire si l'esprit n'est pas prévenu.

L'origine dentaire des accidents étant admise, faut-il reconnaître leur nature réflexe ou leur nature inflammatoire? Nous croyons ici que la notion de terrain prime toutes les autres; un malade n'aura de troubles réflexes qu'autant qu'il sera un prédisposé, un nerveux, un membre de la famille neuro-arthritique victime de son hérédité. Déduction logique de ce qui précède, la douleur semble nécessaire, sans elle nous comprenons difficilement la possibilité d'un réflexe. Ce n'est pas que nous ignorions l'existence de phénomènes réflexes inconscients, restant inaperçus du malade et par suite dont la cause première n'est pas douloureuse; mais ces troubles sont dus à des excitations portant sur une région bien différente de celle qui nous occupe; dans la sphère d'innervation du sympathique thoraco-abdominal, sur les muscles de la vie végétative. On pourra enfin être tenté d'assimiler les troubles divers de motilité, tels que les strabismes, la mydriase, le spasme de l'orbiculaire à la contracture du masséter observée si couramment dans les affections de la bouche et de la gorge; mais nous ferons remarquer que le masséter est dans ces cas un muscle moteur de la région malade et, qu'étant contracturé, il donne ainsi une immobilité relative et une moindre douleur,

raison qu'on ne saurait invoquer pour la musculature oculaire.

Donc, nous admettons en principe l'existence de troubles réflexes, mais dans des conditions étiologiques bien définies; un processus, le plus souvent douloureux, chez un prédisposé.

En dehors de ces circonstances, chez un sujet porteur de lésions dentaires latentes, qui ne souffre pas ou peu et a à des intervalles éloignés des complications oculaires, il faut peut-être mettre en cause des troubles d'ordre inflammatoire. Ils ont pour base anatomique des névrites, d'étiologie d'ailleurs variée : névrite de voisinage, par exemple dans le syndrome de névrite optique rétrobulbaire au cours d'un phlegmon de l'orbite tel que nous l'avons décrit plus haut d'après Fuchs; névrite simple quand il n'y a pas d'autre foyer infectieux que la dent malade, soit par extension progressive de l'inflammation dentaire facilitée par la richesse des anastomoses entre les nerfs intéressés, soit par l'action des toxines microbiennes seules. Ceci est en rapport avec le rapprochement que l'on a fait de ces troubles oculaires et du zona.

Il est toute une classe d'accidents dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici à dessein. Ce sont les modifications de la nutrition portant sur les diverses tuniques de l'œil ou sur l'organe tout entier : conjonctivites, kératites, iritis, cyclites, épisclérites, glaucomes.

Dans quelle classe devons-nous les ranger? Si l'on s'en rapporte aux opinions déjà émises, nous voyons

qu'on peut envisager ces phénomènes de trois façons différentes, suivant le mode d'évolution sous lequel on les considère.

Pour Badal, Fromaget, Ulry, la kérato-conjonctivite, l'irido-choroïdite sont des troubles vaso-moteurs d'ordre purement réflexe, dont le point de départ est l'irritation des fibres terminales du trijumeau. En effet, Fromaget et Ulry commentent ainsi l'observation XXXVI : « Ce qui est difficile, c'est d'expliquer la pathogénie de l'affection. Il faut repousser l'idée d'une métastase, en raison de la bénignité des lésions oculaires et de leur si rapide guérison. L'idée d'une toxémie est plutôt en rapport avec la bénignité et la disparition rapide des accidents. Mais il doit exister une cause pour expliquer pourquoi la choroïdite se produit toujours du même côté que la périostite alvéolo-dentaire. Voici la théorie qui paraît la plus plausible : lorsqu'on irrite les terminaisons du trijumeau, il se produit une vaso-dilatation réflexe sur les autres territoires de ce nerf. Lors donc qu'il est irrité par la périostite alvéolo-dentaire, il se produit une vaso-dilatation réflexe, marquée surtout sur la choroïde du même côté. Aussi, lorsqu'on guérit l'affection dentaire, la choroïdite guérit. » Le Dr Riolacci, dans sa thèse : *Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxillaires*, se range à cet avis.

A l'opposé, Ziem, Pechin, Mathieu, en font des lésions d'ordre inflammatoire; pour eux, ce qui agit c'est le microbe, c'est la toxine, transportés par des voies inconnues en des points éloignés du lieu primitif de leur formation.

Enfin, entre ces deux opinions, prend place une théorie mixte, qui réunit les deux éléments pathogéniques : irritation nerveuse et irritation septique. Le réflexe est incapable, par lui-même, de créer des lésions cellulaires, mais il produit des perturbations dans le domaine sensitif et nutritif de l'organe, et le place ainsi en état de moindre résistance. Cette opinion a pour elle les données de la physiologie expérimentale et se trouve défendue par Berger et par Galezowski. Or, dans la carie, l'élément nerveux et l'élément septique sont rassemblés en un même point.

Il n'en est pas ainsi chez l'enfant, lors des accidents de la première dentition : le phénomène douloureux existe, mais où trouver l'infection ? Galezowski la place dans l'état général du sujet (lymphatique, scrofuleux), de sorte que l'irritation dentaire « entreprendrait l'affection oculaire », d'origine locale ou d'origine diathésique.

Quelle de ces opinions allons-nous choisir ? On a pu voir déjà que nous nous rattachions plutôt aux idées défendues par Mathieu et par Péchin, et que, si nous accordions une influence à l'excitation réflexe, nous faisons jouer le rôle principal au microbe et aux toxines.

Remarquons en passant que la théorie inflammatoire explique mieux que la théorie réflexe cette donnée étiologique bien connue de tous, à savoir que les complications oculaires sont beaucoup plus fréquentes dans les affections dentaires de la mâchoire supérieure que de la mâchoire inférieure.

Enfin les complications purulentes véritables, phleg-

mons de l'orbite, abcès périorbitaires, ne soulèvent à propos de leur pathogénie aucune discussion.

En résumé, la théorie réflexe des affections oculaires d'origine dentaire a perdu beaucoup de terrain et en perdra chaque jour de plus en plus à mesure qu'on saura mieux reconnaître les simples coïncidences, les troubles qui relèvent de l'hystérie, de la sclérose en plaques, du tabès dorsal, des intoxications. Cette première distinction établie, la théorie inflammatoire explique à elle seule la grande majorité des affections relevant directement d'une lésion dentaire.

Il reste à indiquer rapidement les voies que peut suivre l'infection pour gagner l'orbite et l'œil, sans vouloir décrire toutes les connexions anatomiques entre la région orbitaire et la région dentaire.

La voie vasculaire est peu employée; les veines aboutissant à l'orbite et à l'œil par l'intermédiaire de la veine ophtalmofaciale peuvent être le siège d'une phlébite progressive; on ne connaît pas de vaisseaux lymphatiques allant des gencives au rebord orbitaire, mais peut-être pourrait-on invoquer une infection récurrente. La voie la plus employée est celle des cavités, des canaux et des canalicules existant dans le massif osseux du maxillaire supérieur. Nul doute qu'une sinusite de l'antre d'Highmore n'augmente de beaucoup les chances d'infection oculaire en amenant de la périostite du plancher de l'orbite. En outre, il existe de petits canalicules percés au sommet de chaque

alvéole dentaire; l'inflammation s'y engage, diffuse dans tous l'os donnant une ostéite vraie (Parinaud, *in Archives générales de médecine*, 1880) et finalement aboutit au trou sous-orbitaire et à des orifices circonvoisins, souvent aussi à un ou deux petits orifices situés sur la branche montante du maxillaire en avant du sac lacrymal. Enfin, il faut se rappeler que chez les enfants le sinus maxillaire est peu développé et que les rapports des alvéoles varient avec l'âge du sujet. A ce moment, les alvéoles de première et de deuxième dentition superposées communiquent souvent entre elles par un orifice donnant passage à un cordon vasculo-nerveux, puis à plein canal par la résorption de la cloison de séparation, de telle sorte qu'on peut observer un large conduit alvéolo-dentaire qui remonte jusqu'à l'orbite. Ces données anatomiques justifient en partie la dénomination vulgaire de dent de l'œil, car elles sont surtout vraies pour les canines.

Terminons en rappelant un cas très intéressant cité par Terson en 1892. Une femme atteinte de larmoiement simple, unilatéral, sans dacryocystite, n'avait pas été améliorée par le passage à plusieurs reprises de la sonde de Bowman. On constata un léger rétrécissement de la partie inférieure du canal nasal et du même côté la canine irrégulièrement placée en avant et au-dessus des deux dents voisines; l'extraction en fut faite et la guérison fut définitive. La racine de cette dent était déchaussée et par sa place anormale venait au contact de l'extrémité inférieure du canal nasal qu'elle rétrécissait. Il y avait donc deux facteurs importants d'inflammation : cette racine infectée et ce

rétrécissement d'un canal excréteur dont on connaît bien aujourd'hui le fâcheux retentissement sur les cavités sus-jacentes; la rétention favorise l'infection, c'est une loi que l'observation et l'expérimentation ont bien mise en évidence au cours de ces dernières années à propos de la pathologie des canaux urinaires et biliaires et de l'appendice.

CHAPITRE II

Troubles auriculaires

Nous voudrions suivre, pour l'énumération des troubles auriculaires, le plan que nous avons fixé à propos de l'œil et de ses annexes ; mais en regard de la variété complexe des troubles oculaires, fonctionnels et physiques, nous ne trouvons du côté de l'oreille que des troubles psychiques se manifestant par de l'otalgie, de l'hyperacousie ou de l'hypoacousie, et quelques très rares troubles inflammatoires, d'ailleurs contestés par certains auteurs, portant sur la caisse.

Et pourtant les troubles de l'ouïe dans le cours des affections dentaires, ne sont ni rares, ni méconnus, et Hippocrate rappelait que « l'otalgie peut se produire après des douleurs dentaires », et d'après le Dr Pont « les troubles auditifs existent peut-être plus fréquemment que les troubles oculaires, lorsqu'on se donne la peine de les chercher ». Notre maître, M. Lannois, admet également que l'otalgie n'est, dans le tiers des cas, que le retentissement d'une odontalgie.

Et c'est peut-être à cause de leur peu de variété, qu'ils n'ont point fait le sujet d'ouvrages spéciaux. Les oto-

logistes signalent rapidement, dans diverses publications, les cas qu'il leur a été donné d'observer, mais ils n'en font aucun commentaire.

C'est ainsi que pour Thomas Bell, l'otalgie est souvent due à une irritation des nerfs dentaires, siégeant le plus souvent du même côté, et quelquefois aussi du côté opposé d'après Delavan, qui indique même, dans ces cas, la possibilité d'une exsudation séreuse dans la caisse.

Dans les *Archiv. für. Ohrenk.*, page 224, X... admet que la carie, notamment celle des molaires, occasionne souvent des douleurs d'oreille, et en fait une otalgie par irradiation. « Les malades viennent à la consultation se plaignant d'éprouver depuis quelque temps des douleurs intensives dans une oreille, et irradiées même au cou, à l'épaule, au bras et au doigt du même côté.

« A l'examen, l'oreille est normale, sans inflammation, sans trouble dans l'entendement. Si on l'interroge, le malade dit qu'il avait ou qu'il a des douleurs dentaires, mais toujours moins fortes que les douleurs d'oreille; quelquefois pourtant, il nie toute sensation du côté dentaire; mais alors certaines dents sont sensibles à l'air froid. Un traitement approprié (plombage aseptique ou avulsion), fait cesser les phénomènes douloureux, sinon une névralgie intermittente ou continue peut s'installer, accompagnée ou non d'otalgie. »

Waller aurait vu dans quelques cas un catarrhe aigu de la caisse, avec exsudation séreuse, en relation directe avec une affection dentaire.

Bernett, dans *Amer. Journ. of Otology*, II, s'exprime

ainsi : « On pourrait supposer que la dentition est le plus souvent la cause de l'otite moyenne purulente des jeunes enfants.

« Cette idée est très répandue dans le public et j'ai souvent entendu dire par les mères des enfants que l'éclampsie infantile s'était tirée vers l'oreille. A mon avis, les choses se passent un peu différemment, car j'ai presque toujours pu trouver une cause plus directe et plus exacte de cette inflammation de la caisse, notamment une angine..., etc. Pourtant je ne veux pas dire que la dentition ne puisse pas, dans quelque cas, être justement incriminée; je veux seulement douter de sa trop grande fréquence ».

Vautil a guéri une névralgie du trijumeau avec surdité par l'extraction de la deuxième molaire supérieure.

Lucae a trouvé la perception auditive diminuée après une odontalgie, Hesse a constaté que dans quelques cas l'hypoacousie était corrigée par l'extraction des dernières molaires; mais réciproquement, une extraction dentaire peut être la cause d'une surdité.

Eiselberg publie une observation assez intéressante :

« Un jeune homme de vingt-six ans avait un catarrhe chronique de l'oreille moyenne; il souffrait en même temps d'une dent cariée, dans laquelle on mit un tampon de coton pour atténuer la douleur; quelques heures après, il advint du même côté un trouble très accentué de la perception avec des bourdonnements intenses; on enleva le tampon et tout rentra dans l'ordre.

Il ajoute : « Dans ce cas, il y avait sans doute un symptôme réflexe du côté du trijumeau. »

Burnett, cité par Collet, vit une perforation du tympan ne guérir qu'après l'avulsion de dents cariées.

Collet rappelle également une communication ancienne de Serres (*Archiv. gén. de méd.*, E. V., 1824, p. 629), elle concerne un épileptique ayant présenté six mois auparavant, de la kératite avec iritis. Il y avait, au moment de l'examen, insensibilité complète de l'œil droit, abolition du goût et de l'odorat à droite, et surdité du même côté (l'ouïe était très dure). Les dents et les gencives présentaient des lésions unilatérales.

D'après le Dr Pont, M. Lannois a observé depuis longtemps que les individus ayant une mauvaise dentition, avaient très fréquemment une diminution plus ou moins marquée de l'ouïe liée à des altérations de la membrane tympanique.

Dans le cours des observations publiées à propos des troubles oculaires, nous voyons ceux-ci s'accompagner assez souvent de sensations anormales du côté de l'oreille (obs. VI, XV, XXIII, XXXII).

Enfin, voici deux observations, l'une due au Dr Pont, l'autre recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, et due à l'obligeance de M. le Dr Rivière.

OBSERVATION LXII

Périostite alvéolo-dentaire de la première M. I. G. — Douleurs et hyperacousie de l'oreille droite.

Mme L. M..., trente-quatre ans, ménagère. Vient à l'Hôtel-Dieu pour une périostite de la première molaire inférieure gauche.

Nous ne notons rien de particulier dans ses antécédents.

Pas d'alcoolisme, ni d'impaludisme. Pas de syphilis. Une grossesse normale il y a cinq ans.

L'affection actuelle aurait débuté il y a une dizaine de jours. La malade éprouva tout d'abord une légère douleur au niveau de la dent malade. Cette douleur était calmée par la pression et par les liquides chauds; peu à peu elle augmenta d'intensité et, il y a trois jours, s'accompagna d'une légère fluxion.

Actuellement, la douleur est très intense, trouble le sommeil et s'irradie vers l'oreille du côté correspondant.

La molaire atteinte présente une carie du 4^e degré qui a détruit toute la face mésiale et la moitié de la face triturrante. La moindre pression sur la dent est très douloureuse et fait pousser des cris à la malade.

Léger trismus et gêne assez marquée de la mastication. Les dents inférieures du côté gauche, les molaires en particulier, sont recouvertes d'une couche de tartre assez épaisse.

La gencive, au pourtour de la dent malade, est boursoufflée et irrégulière. A la palpation, tuméfaction mollassée du volume d'une noisette sur la face externe du maxillaire.

La deuxième M. I. D. et la deuxième PM. S. G. manquent. Les autres dents ne présentent rien de spécial à signaler.

Les douleurs de l'oreille droite sont assez intenses et continuelles, le moindre bruit les augmente; aussi la malade maintient continuellement la main appliquée contre son oreille, dont le conduit auditif a été bourré de coton. Le tic-tac d'une montre placée à cinq centimètres est insupportable.

A cinquante centimètres, le bruit n'est plus douloureux, mais est nettement perçu, tandis que du côté droit il est entendu très faiblement.

L'avulsion de la dent est pratiquée le jour même. L'aspect des deux racines est rugueux, et il s'écoule de l'alvéole une goutte de pus mélangée au sang. On prescrit les soins antiseptiques d'usage.

Trois jours après nous revoyons la malade, la fluxion a disparu, et l'alvéole ne présente rien de particulier.

Les douleurs d'oreille ont cessé complètement, ainsi que l'hyperacousie.

(Pont).

OBSERVATION LXIII

Otite externe par continuité due à l'éruption d'une dent de sagesse inférieure.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, fortement neurasthénique et présentant le faciès autrefois indiqué comme lymphatique, habitant Paris, est pris au cours d'un voyage d'art qu'il faisait dans le Midi de douleurs violentes dans la région sous-maxillaire droite.

Ces douleurs s'accompagnent d'une tuméfaction considérable, tous accidents qui se rattachent à l'évolution d'une dent de sagesse; le malade a du trismus et un état général peu satisfaisant : température élevée, infection profonde de l'organisme.

La collection est ouverte à diverses reprises et on établit un large drainage; la région parotidienne avait été également tuméfiée, puis drainée, mais pendant ce temps, il s'était fait un écoulement de pus par le conduit auditif externe, pus absolument franc et s'écoulant sans avoir déterminé aucun des phénomènes douloureux qui accompagnent une perforation du tympan.

Le malade rentre à Paris presque guéri; et cependant succombe très rapidement (méningite ou granulie).

(Rivière).

Troubles réflexes et troubles inflammatoires, nous trouvons encore ici les deux grandes classes de phénomènes morbides. Les premiers s'expliquent par les

connexions nerveuses qui relient l'appareil auditif et l'appareil dentaire : leur nerf sensitif est commun, c'est le trijumeau, et ainsi se comprend la coexistence de la névralgie dentaire et de l'otalgie. Cette otalgie peut s'accompagner de troubles fonctionnels, le plus souvent d'hyperacouïse et de bourdonnement, quelquefois aussi de surdité ou tout au moins d'hypoacouïse. M. Lannois met cette dernière perturbation de l'acoustique sur le compte des lésions tympaniques, Mais pour expliquer cette surdité transitoire d'origine réflexe, nous devons invoquer un état particulier du sujet, l'état névropathique, hystérique ou épileptique, sur le compte duquel nous avons mis déjà les cas d'amaurose, de cécité, d'amblyopie.

L'observation de M. le professeur Poncet est un exemple rare d'extension des lésions inflammatoires par continuité de tissus, jusqu'au conduit auditif externe.

Mais il est toute une série d'accidents (catarrhe de la caisse, inflammation séreuse ou purulente de l'oreille moyenne), que les auteurs semblent mettre sur le compte direct d'une irritation des fibres terminales du trijumeau au niveau de dents cariées. Ils les comparent aux lésions kératiques consécutives à la section du trijumeau, qui s'accompagne toujours, d'après Berthold, d'inflammation de l'oreille moyenne. Par contre, l'excitation du trijumeau n'a donné, entre les mains de cet expérimentateur, aucun résultat concluant; au contraire, Kirchner, en excitant par un courant électrique le nerf maxillaire inférieur, aurait provoqué une injection des vaisseaux de la caisse, et

une hypersécrétion de la muqueuse. Et Collet ajoute : « Il est incontestable que des expériences analogues doivent se réaliser spontanément en pathologie, et qu'une excitation beaucoup plus délicate mais incessante peut amener à la longue dans l'oreille moyenne des altérations scléreuses, non suppuratives ».

Le trijumeau agit donc ici comme nerf trophique, depuis que les expériences de Duval et Laborde, Gellé, Berthold, Kirchner ont montré que c'est lui qui renferme les filets trophiques de l'oreille, le sympathique étant seulement le vaso-constricteur de l'oreille tout entière.

L'excitation de la cinquième paire est donc bien capable de produire sur l'oreille des lésions congestives, non suppuratives : mais si la suppuration se montre, il faut penser, avec la majorité des auteurs, que des tissus affaiblis sont plus facilement la proie des agents venus du dehors, ou de la cavité pharyngienne. Là doit se borner le rôle de l'excitation des fibrilles dentaires dans l'otite suppurée.

En somme, le catarrhe séreux ou purulent de la caisse, rappelle par son origine et par la marche des lésions, les iritis et les kératites, et la même pathogénie leur est applicable.

CONCLUSIONS

A quelles conclusions allons-nous aboutir, et quel enseignement clinique et thérapeutique va se dégager de cette longue énumération de faits ? — En communion d'idées avec la majorité des auteurs, nous croyons pouvoir admettre que les perturbations physiologiques et pathologiques de la dentition retentissent fréquemment, mais à des degrés divers, sur les organes visuels et auditifs.

Ces « rapports pathologiques », que Teirlink signalait dès 1848, se trouvent amplement confirmés par les observateurs qui après lui s'occupent de la question, car ils démontrent qu'il n'existe pas seulement des relations de concordance, mais des relations de cause à effet.

Cette connexion se manifeste déjà au moment de la première et de la deuxième dentition, lorsque l'éruption est entravée dans sa marche normale. C'est une dent temporaire qui ne peut perforer la gencive, une dent permanente qui ne peut chasser sa congénère, et tend

ainsi à prendre une direction anormale : à leur niveau ce sont des douleurs intenses, du tiraillement, et peut-être un léger degré d'inflammation ; au niveau de l'œil et de l'oreille c'est de la névralgie orbitaire et de l'otalgie, accompagnées de troubles fonctionnels et inflammatoires variés, mais surtout de kérato-conjonctivite avec photophobie et larmoiement. Phénomènes fugaces, toujours bénins, mais capables dans quelques cas d'exister avec un état général fébrile, en rapport avec la susceptibilité nerveuse de l'enfance. Plus tard, au moment de l'apparition de la dent de sagesse, ces mêmes symptômes pourront éclater, mais beaucoup plus rarement.

Puis à chaque phase de l'évolution pathologique de la dent (carie, pulpite, périostite), l'œil et l'oreille pourront subir le choc inflammatoire ou réflexe parti de la lésion dentaire. Les phénomènes inflammatoires se traduiront par des lésions cellulaires pouvant porter sur les diverses tuniques de l'œil, et les phénomènes réflexes par des troubles de la fonction que les organes des sens sont chargés d'assurer. Pourtant ils ont une certaine tendance à revêtir des formes spéciales ; c'est ainsi que nous trouvons surtout des kérato-conjonctivites et des iritis d'une part (un seul cas de glaucome a été observé), de vastes phlegmons orbitaires d'autre part ; les troubles fonctionnels offrent une variété plus grande : amaurose, amblyopie, asthénopie accommodative, blépharospasme, larmoiement, strabisme, mydriase, myosis, sont toutefois le plus souvent observés, seuls ou accompagnant

l'inflammation. Du côté de l'oreille, nous avons des bourdonnements, de l'hyperacousie ou de l'hypoacousie, peut-être de la surdité, et quelques cas de catarrhe séreux de la caisse.

Ces états morbides n'ont pas de symptomatologie spéciale : toutefois quelques signes spéciaux permettront dans quelques cas de dépister leur étiologie. C'est d'abord la névralgie dentaire jointe à la névralgie orbitaire ou l'otalgie ; en effet la réciproque (c'est-à-dire une névralgie orbitaire ou une otalgie produisant une névralgie dentaire), est, nous croyons, exceptionnelle ; or donc, si un malade accuse des souffrances au niveau de tous ces organes, il est très probable que c'est l'organe dentaire qui a retenti sur les deux autres. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les douleurs orbitaires peuvent être les plus marquées et masquer la douleur dentaire, que le malade considère comme insignifiante. Bien plus, les troubles sensoriels, les troubles inflammatoires, et la douleur orbitaire, peuvent exister en l'absence de toute névralgie dentaire : ce sont ces cas que Hutchinson et Hancock avaient parfaitement signalés : le malade a de la conjonctivite, de l'amblyopie, il s'est réveillé amaurotique, il a de la névralgie orbitaire, et pourtant après des recherches minutieuses, on est obligé d'incriminer comme cause de toutes ces perturbations, une dent cariée, mais insensible, du moins spontanément ; car le plus souvent, cette dent devient douloureuse à un examen méthodique. Ainsi la névralgie dentaire qui semble devoir être le signe le plus certain du diagnostic

étiologique, est, par ce fait même, trop souvent infidèle.

Ces complications sont le plus fréquemment unilatérales et du même côté que la lésion dentaire : signalons pourtant les mydriases situées du côté opposé.

L'œil est surtout intéressé par les affections de la mâchoire supérieure, l'oreille par celles de la mâchoire inférieure : les exceptions à cette règle sont rares.

Les dents incriminées sont toujours les petites et les grosses molaires, et surtout ces dernières ; il n'est fait d'exception à cette règle que pour la canine supérieure, dont la longue racine est en rapport direct avec le canal nasal. Par contre, les incisives du haut et du bas, ainsi que la canine du bas, ne semblent pas avoir jamais donné lieu à des complications sensorielles : dans les publications où elles pouvaient être mises en cause, leurs lésions s'accompagnaient toujours de lésion des molaires. Il n'est pas rare, au contraire, que la carie ou la périostite d'une molaire isolée ait suffi pour produire des accidents multiples.

Enfin dans les cas douteux, le traitement dentaire peut être la pierre de touche du diagnostic étiologique.

Les complications sont : ou d'ordre inflammatoire, ou d'ordre réflexe. Les premières semblent revêtir une double modalité. Tantôt elles se manifestent par une invasion septique intense (phlegmon de l'orbite),

revêtant une forme suraiguë de la plus haute gravité : ces cas apparaissent dans le cours des périostites aiguës, primitives, ou secondaires, dans le cours d'une périostite chronique, ou bien sont consécutifs à une extraction. Le sinus maxillaire est, dans la grande majorité des cas, l'intermédiaire qui unit l'inflammation alvéolaire et l'inflammation orbitaire, la lésion dentaire semblant reléguée au second plan. Tantôt elles affectent une forme chronique (iritis, kératite), évoluant sans grands fracas : la lésion dentaire causale est une pulpite ou une périostite chronique, la propagation inflammatoire se fait directement, sans intermédiaire, le sinus est indemne.

Les phénomènes réflexes se voient à tous les degrés des lésions dentaires ; pourtant ils sont bien plus fréquents dans le cours de la pulpite et de la périostite chronique.

Le pronostic *quoad vitam* n'est grave que lors des vastes suppurations qui s'accompagnent très rapidement de lésions profondes et d'un état général infectieux ; dans tous les autres cas, nous n'aurons à poser que le pronostic de la lésion, très souvent superficielle d'emblée, et par ce fait même, bénigne, ne s'aggravant qu'avec le temps.

Les troubles inflammatoires trouvent leur raison d'être dans les connexions si importantes qui unissent entre eux les divers organes, et par suite sont bien plus fréquents du côté de l'orbite : leur propagation peut se faire par continuité ou par contiguïté, par voie veineuse ou lymphatique, par la voie osseuse,

par les canaux ou orifices naturels, par la voie sous-périostée... etc.; celle qui est suivie par les toxines nous est inconnue. Leur intensité doit dépendre et de l'état général du sujet, et du degré de septicité locale sur laquelle des travaux de laboratoire pourraient peut-être nous renseigner. En tous cas, il suffit d'avoir vidé une seule fois une cavité pulpaire infectée pour se rendre compte, ne serait-ce que par l'odeur, des phénomènes de fermentation et de putréfaction qui doivent s'y élaborer et pour comprendre les accidents éloignés dont ils sont parfois l'origine.

Les troubles inflammatoires de l'oreille sont beaucoup plus rares, et ne semblent ne se faire que par continuité.

Les accidents réflexes s'expliquent par la distribution commune du trijumeau à l'œil, à l'oreille, et aux tissus dentaires : l'excitation d'une de ses fibres vient ainsi retentir sur les fibres voisines. Mais ces troubles fonctionnels d'origine réflexe pure semblent de plus en plus rares; leur classe se démembre au profit des accidents d'origine toxique ou névritique. A part la douleur, le larmolement, l'injection conjonctivale que l'on fait encore rentrer dans cette catégorie, les autres, tels que l'amaurose, la cécité, l'amblyopie, le strabisme, le blépharospasme... etc., s'ils ne sont pas d'origine toxique ou névritique, demandent pour se produire un terrain approprié (hystérie, épilepsie, chorée, névroses): l'irritation dentaire ne sera que la cause occasionnelle, elle n'est pas la cause efficiente.

Aussi en face d'une lésion organique ou dynamique

de l'œil ou de l'oreille, devons-nous, avant d'incriminer la lésion dentaire, examiner et éliminer toutes les causes qu'un examen superficiel laisse inaperçues. Il nous faut fouiller l'état local de notre sujet, ainsi que son état général.

Dans son état local, nous rechercherons d'abord les lésions de voisinage : sinusites maxillaire et frontale, stomatites, angines... ; puis plus en dehors, les lésions viscérales (estomac, si on a affaire à des troubles auriculaires, — utérus si on a affaire à des troubles oculaires), et celles de tous les tissus de l'économie.

Dans son état général, nous rechercherons les infections et les diathèses de toutes sortes : rougeole, fièvre typhoïde, arthritisme, syphilis, paludisme, etc.

Il nous sera alors permis de songer à l'influence incontestée des divers états morbides de la dent, et même dans des cas exceptionnels (observation de Pont) nous pourrions éliminer l'infection générale, notamment la rougeole.

En tout cas, une fois le diagnostic nettement établi, il restera à instituer un traitement rationnel, que nous mettrons en œuvre le plus promptement possible, car de la rapidité du traitement dépendent la rapidité et la perfectibilité de la guérison; il sera même d'autant plus précoce que nous aurons affaire à des accidents plus aigus. Nous savons, en effet, avec quelle vitesse les septicémies aiguës étendent leur ravage, détruisant les tissus qu'elles atteignent, et, trop souvent, tuant le malade. Et même, si nous avons affaire à un processus chronique, les lésions rétrocéderont d'autant

plus vite qu'elles auront été attaquées plus tôt. Le traitement s'adressera donc d'emblée à la dentition, et consistera soit dans l'extraction d'un organe nécrosé, soit dans l'obturation après antiseptie parfaite; dans un certain nombre de cas, nous aurons également à traiter la sinusite, ou l'ostéite qui aura servi d'intermédiaire. En même temps, il faudra porter ses soins du côté de l'œil et de l'oreille. C'est de cette façon que nous pourrons juguler l'état morbide, en détruisant les éléments microbiens d'une part, en faisant cesser l'irritation nerveuse d'autre part. Nous verrons des troubles fonctionnels subsistant depuis plusieurs mois et plusieurs années, disparaître avec une rapidité vraiment surprenante, en quelques heures, en un ou deux jours; des troubles nutritifs datant de plusieurs semaines et de plusieurs mois, ayant résisté à toutes les thérapeutiques, rétrocéder en quelques jours, dès l'application du traitement de la dent.

Toutefois, les résultats ne se montreront pas toujours aussi satisfaisants. Malgré une extraction parfaite, malgré un curettage soigné du sinus, malgré l'évacuation prompte d'une suppuration orbitaire, nous aurons des lésions irrémédiables, mortelles même pour l'individu : par le fait du degré de sa toxicité (de cause inconnue), l'infection domine la thérapeutique, et va plus vite qu'elle. Ou bien les phénomènes fonctionnels que l'on s'attendait à voir rétrocéder, persistent indéfiniment : ils ne sont plus le fait d'une simple irritation réflexe, mais dépendent de lésions organiques.

Si le malade présente de l'odontalgie, il acceptera

facilement le traitement dentaire. Par contre, si nous avons affaire à des troubles sensoriels, s'accompagnant de douleurs fugitives, peu intenses, nous devrons insister auprès d'un patient qui ne comprend l'application de la thérapeutique qu'aux lésions « qu'il voit ou qu'il sent ». Mais surtout prenons garde qu'une obturation, faite en dehors d'une asepsie rigoureuse, ne nous rende directement responsable des complications graves qui peuvent en résulter.

Il nous sera enfin permis de songer à l'état général du sujet, et de soigner le lymphatisme de l'enfant, l'hystérie, la syphilis ou le paludisme de l'adulte, etc.

Les relations pathologiques entre les dents d'une part, l'œil et l'oreille d'autre part, ont donc une existence réelle. Y a-t-il réciprocité, et par exemple, l'œil à son tour peut-il retentir sur l'organe dentaire ? Il existe bien certains astigmatismes qui s'accompagnent de névralgies du trijumeau : or, quand ces douleurs provoquées par un état particulier de l'œil se localisent dans une des branches maxillaires du trijumeau, elles ne se distinguent en rien des névralgies dentaires. Mais d'autres observateurs vont plus loin, et pour finir, mentionnons une relation entre l'organe de la vision et l'appareil dentaire, supposée par un oculiste américain, et qui, si elle n'est pas très bien établie, a au moins le mérite de l'originalité. M. Stevens, de New-York, dans une communication faite en 1891 à la Société d'odontologie de cette ville, dit avoir observé que l'antéversion du maxillaire supé-

rieur, cette déformation qui porte les incisives en avant d'une façon démesurée, et que les dentistes américains désignent par le terme « *wedge shaped jaw* », reconnaît comme cause un trouble dans l'équilibre des muscles oculaires ?

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

Vu :

Le Président de thèse,

A. PONCET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKLAND..... *Brit. Méd. Journal*, 1885, p. 250.
- AUGÉ..... De l'influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite. Th., Paris, 1882.
- BAUMEL..... De quelques accidents de dentition, *Montpellier Médical*, 16 avril 1891.
- BERNETT..... *Amer. Journ. of Otology*, II.
- BLACHEZ..... Des accidents de la première dentition. *Gazette hebdomadaire*, n° 1, 1882.
- BLANC..... *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1881.
- BONNARD..... De certaines formes de kéralite consécutives à des altérations légères du trijumeau. Th., Paris, 1891.
- BRUNSWICK DU HAVRE. Hypopion et carie dentaire. *Recueil d'ophtalmologie*. Juillet 1880.
- *Normandie médicale*, 1896.
- COLLET..... Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses, 1896.
- COURTAIX..... Recherches cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents. Th. Paris, 1891.
- DECAISNE..... Sur les dents œillères. *Bulletin de l'Acad. royale de Belgique*, 1853.
- DELESTRE..... Accidents causés par l'extraction des dents, 1870.
- DELGADO..... *Annales d'oculistique*. Mars 1866.
- DESMARRES..... *Traité des maladies des yeux*, p. 584, mydriase, 1858.
- DESPAGNET..... *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 1893.

- DESPAGNET..... Amblyopie grave d'origine dentaire. *Annales d'oculistique*. Août, 1893.
- DEVAL..... *Traité des maladies des yeux*, 1862.
- DUPLAY..... *Archiv. gén. de médecine*, t. II, p. 217.
- DUVAL..... Des accidents de l'extraction des dents. Paris, 1802.
- Réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies, 1802.
- Observations sur quelques affections douloureuses de la face considérées dans leur rapport avec l'organe dentaire, 1814.
- ELY..... *The Medical Record*, t. XXI, p. 258, 1882.
- Inflammation from irritation of the dental nerve. *New-York. Med. Journ.*, p. 49, 14 avril 1888.
- EYSSAUTIER..... De l'éruption dentaire primitive et des accidents qui l'accompagnent. *Dauphiné médical*. 1^{er} octobre 1891.
- FAUCHERON..... *Recueil d'ophtalmologie*, p. 145. 1879.
- FISCHER..... Inflammation de l'orbite consécutive à l'extraction d'une dent. In *Klinischer Unterricht in der Augenheilkunde*. Prague, 1832.
- FROMAGET ET ULRY... Choroïdite séreuse à répétition coïncidant avec des poussées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. *Journ. Méd. Bordeaux*. 13 juin, 1897.
- GALEZOWSKI..... *Journal d'ophtalmologie*. Nov. et déc. 1872.
- » » » 1873.
- *Recueil d'ophtalmologie*. Av. et juil. 1874.
- Sur les affections oculaires provenant de la cinquième paire. *Recueil d'ophtalmologie*, p. 353. 1876.
- Société française d'ophtalmologie, quatrième session, 1886.
- Des troubles oculaires dans les altérations de la cinquième paire et en particulier dans les affections dentaires. Leçon recueillie et rédigée par Despagnet. *Progrès Médical*, n° 29, 1888.
- GIRAUD..... Des affections secondaires de l'œil liées aux maladies des dents. Th., Bordeaux, 1880.
- GUTZMANN Du sigmatisme et de ses relations avec les déféctuosités dentaires. *Deutsche med. Woch*, 1893.
- HANCOCK *Archives générales de Médecine*. 2^e vol., p. 224, 1859.

- HANCOCK *Th. Lancet*, p. 80. 22 janvier 1859. On Cases connected with the teeth.
- Affections des organes des sens dépendant de lésions dentaires. *Archiv. générales de Médecine*, p. 47, 1869.
- HEYDENREICH..... Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse. Th. d'agrégation, 1878.
- HUNTER *American Journal of medical science*, 1841.
- HUTCHINSON *Opht. Hosp. Reports*, 1865.
- LADREIT DE LA CHAR-
RIÈRE Surdité, ses degrés, ses causes. *Annales des maladies de l'oreille*, n° 1, p. 1, 1880.
- LE FORT..... *France Médicale*, n° 44, p. 357, 1876.
- LÉVÊQUE De l'éruption des dents au point de vue de son mécanisme et des accidents qu'elle occasionne. Th., Paris, 1882.
- LUCAS *Archiv. fur Ohrenkeit*, III, p. 217.
- MAGITOT..... Dictionnaire Dechambre : Articles dent et carie.
- Contribution à l'histoire des accidents de sagesse. *Gazette hebdomadaire*, n° 4, p. 3, 1879.
- MATHIEU Etude critique sur les rapports entre les maladies des yeux et des dents. Paris, 1894.
- MENGIN Des accidents consécutifs aux lésions de l'appareil dentaire. (*Recueil d'ophtalmologie*.) 1878.
- *Recueil d'ophtalmologie*, p. 20, 1880.
- MÉTRAS Rapports pathologiques de l'œil et des dents par action réflexe. Th., Paris, 1873.
- MARCHANDÉ..... Névralgies d'origine dentaire. *Journal des Praticiens*, n° 44, p. 159, 1895.
- NICATI..... Cataracte et lésion dentaire. *Revue mensuelle de Médecine et de chirurgie*. 1878.
- PAMARD Des accidents de dentition, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 août 1893.
- PARISOT..... Des accidents de la première dentition. Th., Paris, 1856.
- PASQUIER *Lancette Française*, 1839.
- PECHINV..... Affections oculaires et sinusite de la face d'origine dentaire. *Recueil d'ophtalmologie*. Juin, 1896.
- PIETKIEWICZ..... De la périostite alvéolo-dentaire. Thèse, Paris, 1886.
- PITSCH Sur les dents à pivot, de leurs inconvénients. Th. Paris, 1894.
- POLLAK..... Des rapports des dents avec l'oreille. Cent f. ges. Therap. X, 5, 1892, 1898.

POINSOT.....	Les accidents de la première dentition. Bordeaux, 1893.
PONT	<i>Lyon Médical.</i>
POWER	<i>Médical Press and circular.</i> , t. XXXVI, p. 478, 1883.
REDARD	<i>Gazette médicale de Paris</i> , 15 mai, p. 229, 1886.
RIOLACCI.....	Des troubles oculo-orbitaires dans les sinu-sites maxillaires. Th.. Lyon, 1898.
SALTER (J.).....	<i>Gugs-Hospital Reports</i> , 1867, t. XIII.
SALTER.....	Dental pathology and surgery. London, 1874.
SAUVEZ.....	De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion, 1898.
SOUS.....	Choroidite et lésions dentaires. <i>Journ. méd. Bordeaux</i> , 20 nov. 1893.
—	Kératite diffuse et dentition. <i>Journ. méd. Bordeaux</i> , 10 mars, 1895.
SULZER.....	Des relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires. <i>L'Odontologie</i> , 30 Nov. 1898.
TEIRLINK (Ch.).....	Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel, 1848.
TELLIER (J.).....	Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les différentes diathèses. Lyon, 1898.
—	Rapports de l'Odontologie avec les autres branches des Sciences médicales, 1898.
TERRIER.....	<i>Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques</i> . Décembre 1875.
TOMES.....	<i>Traité de chirurgie dentaire</i> .
VALUDE	Société française d'ophtalmologie. Juin, 1893.
WALB	<i>Archives fur Ohrenkeit</i> , XXVI, p. 186.
DE WECKER.....	<i>Annales d'oculistique</i> , p. 134, 1866.
WELLS.....	Spasmes du muscle ciliaire. Etiologie. <i>The Lancet</i> , 1879.
DE WITT DE WITT-CHALL.....	<i>The Americ. Journ. of. the med. sc.</i> Avril 1868.
WIENBERG ET DESPA-GNET.....	<i>Recueil d'ophtalmologie</i> , p. 441, 1882.
WIDMARK	<i>The Lancet</i> , t. II, p. 88, 1868.

TABLE

	Pages
PRÉFACE.....	5
HISTORIQUE.....	41
CHAPITRE PREMIER. — Troubles oculaires.....	15
Troisième dentition.....	26
Carie dentaire.....	30
Périostite alvéolo dentaire.....	54
Avulsion.....	85
Dent à pivot, dentiers, obturation, etc.....	98
Pathogénie.....	107
CHAPITRE II. — Troubles auriculaires.....	127
CONCLUSIONS.....	135
BIBLIOGRAPHIE.....	145

